

A. obst.

54

mi

A. obst. 54 mi

Steinbüchel

ÜBER
GESICHTS- UND STIRNLAGEN

VON

DR. RICHARD VON STEINBÜCHEL,

EMERIT. OPERATEUR DER KLINIK,
DERZEIT ASSISTENT AN DER UNIVERSITÄTS-FRAUENKLINIK
DES PROF. C. FREIHERRN VON ROKITANSKY IN GRAZ.

AUS DER UNIVERSITÄTS-FRAUENKLINIK DES PROF. R. CHROBAK.

WIEN, 1894.

ALFRED HÖLDER,
K. U. K. HOF- UND UNIVERSITÄTS-BÜCHHÄNDLER
ROTHENTHURMSTRASSE 15.

2072

2.60

Neuere Erscheinungen aus dem medicinischen Verlage von

ALFRED HÖLDER

k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.

- Albert, Dr. E.*, k. k. Hofrath, o. ö. Professor und Vorstand der I. chirurgischen Klinik an der Universität Wien. **Diagnostik der chirurgischen Krankheiten.** 6. verb. Aufl. Mit 48 Holzschn. Preis geh. M. 7.—, in Halbfr. geb. M. 8.40.
- — **Zur Theorie der Skoliose.** Mit 1 lithogr. Taf. und 10 Textabbild. Preis M. 2.—.
- Anton, Dr. G.*, Professor, früher Assistent der Klinik Hofrath Meynert's. **Ueber angeborene Erkrankungen des Central-Nervensystems.** Mit 7 Textfiguren, 1 Lichtdruck- und 2 lithographierten Tafeln. Preis M. 3.—.
- Beiträge, Chirurgische,* aus dem **Erzherzogin Sophien-Spital** in Wien. Herausgegeben von Doc. **Dr. V. Ritter v. Hacker**, Abtheilungsvorstand an obigem Spital und an der allgemeinen Poliklinik. Mit 16 Abbildungen. Preis M. 2.50.
- Basch, Dr. S. v.*, k. k. a. ö. Prof. für exper. Pathologie an der Wiener Universität. **Allgemeine Physiologie und Pathologie des Kreislaufs.** Preis M. 4.80.
- Billroth, Dr. Th.*, **Ueber die Einwirkungen lebender Pflanzen- und Thierzellen auf einander.** Eine biologische Studie. Preis M. 1.20.
- Chiari, Dr. O.*, Docent. **Ueber Pachydermia laryngis mit besonderer Berücksichtigung der Plica interarytaenoidea.** Mit 8 Abbildungen. Preis M. 1.20.
- Eiselsberg, Dr. A. v.*, **Ueber Tetanie im Anschlusse an Kropf-Operationen.** Mit 1 lithographierten Tafel in Farbendruck. Preis M. 2.40.
- Gruber, Franz Ritter v.*, a. o. Mitglied des k. k. Obersten Sanitätsrathes, k. k. Hofrath, Professor, Architekt. **Anhaltspunkte für die Verfassung neuer Bau-Ordnungen in allen die Gesundheitspflege betreffenden Beziehungen.** Mit Berücksichtigung der vom Correferenten, Obersanitätsrath **Prof. Dr. Max Gruber** beantragten kleinen Aenderungen und Ergänzungen. Mit 8 Tafeln. Preis M. 4.80.
- Hacker, Dr. Victor Ritter v.*, Docent für Chirurgie in Wien etc. **Ueber die nach Verätzungen entstehenden Speiseröhren-Verengerungen.** Mit 12 lithographierten Tafeln und 16 Textabbildungen. Preis M. 8.—.
- Handbuch der Zahnheilkunde*, redigiert von Dr. Ludwig Holländer, Professor in Halle; Dr. Heinrich Paschke, Privatdocent an der Universität in Wien; Dr. Wilhelm Sachs, Zahnarzt in Breslau; Dr. Julius Scheff jun., Privatdocent an der Universität in Wien; Dr. Alfred Sternfeld in München. Unter Mitwirkung zahlreicher, hervorragender Universitätslehrer und Zahnärzte herausgegeben von **Dr. Julius Scheff jun.**, Privatdocenten an der k. k. Universität in Wien. Mit 860 Original-Holzschnitten. 3 Abtheilungen in 4 Bänden, Preis geh. M. 59.—, in Halbfrz. gebunden M. 65.—.
- Heider, Dr. Adolf*, Privatdocent für Hygiene und Assistent am hygienischen Institute der Wiener Universität. **Untersuchungen über die Verunreinigung der Donau durch die Abwässer der Stadt Wien.** Preis M. 1.60.
- Herzfeld, Dr. Karl August*, Assistent an der Wiener Universitäts-Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie des Hofrathes Professors Karl v. Braun-Fernwald. **Ueber die Mechanik und Therapie der eingekeilten Schulterlagen.** Preis M. 1.—.
- Hovorka, Dr. Oskar Edler v. Zderas*, Professor am k. k. anatomischen Institut zu Wien. **Die äussere Nase.** Eine anat.-anthrop. Studie. Preis M. 4.80.
- Kaposi, M.*, Professor, Vorstand der dermatologischen Universitäts-Klinik und Abtheilung. **Ueber die Behandlung von Lupus, Lepra und anderen Hautkrankheiten mittels Koch'scher Lymphe („Tuberculin“).** Mit 2 lithogr. Taf. u. 1 Tab. Preis M. 4.—.
- Kolisko, Dr. Alexander*, Privatdocent, Assistent am path.-anat. Institute in Wien. **Ueber die Beziehung der Arteria choroidea anterior zum hinteren Schenkel der inneren Kapsel des Gehirnes.** Mit 3 lithogr. Tafeln. Preis M. 3.60.
- Lorenz, Dr. Adolf*, Docent für Chirurgie, emer. Assistent an der chirurgischen Universitäts-Klinik des Prof. E. Albert in Wien. **Pathologie und Therapie der seitlichen Rückgrat-Verkrümmungen (Skoliosis).** Mit 9 lithographierten und 11 Lichtdruck-Tafeln. Preis M. 10.—.

ÜBER
GESICHTS- UND STIRNLAGEN

VON

DR. RICHARD VON STEINBÜCHEL,

EMERIT. OPERATEUR DER KLINIK,
DERZEIT ASSISTENT AN DER UNIVERSITÄTS-FRAUENKLINIK
DES PROF. C. FREIHERRN VON ROKITANSKY IN GRAZ.

AUS DER UNIVERSITÄTS-FRAUENKLINIK DES PROF. R. CHROBAK.

WIEN, 1894.

ALFRED HÖLDER,
K. U. K. HOF- UND UNIVERSITÄTS-BUCHHÄNDLER
ROTHENTHURMSTRASSE 15.



ALLE RECHTE VORBEHALTEN.

DRUCK VON RUDOLF M. ROHRER IN BRÜNN.

Aufgabe einer Klinik mit einer so reichen Fülle von Material ist es dasselbe statistisch zur völligen Sicherstellung, respective Berichtigung mancher Ergebnisse und Vermuthungen, wie sich solche aus der Beobachtung einer nur kleinen Anzahl Fälle ergeben, zu verwerten; an einem großen klinischen Materiale, 52.464 Entbindungen innerhalb eines Zeitraumes von 18 Jahren, das Häufigkeitsverhältniß der Gesichts- und Stirnlagen, ihre Aetiologie, hauptsächlich aber ihre Prognose und Therapie zu studieren, ist Zweck dieser Arbeit.

Während wir in der Literatur über Gesichtslage zahlreiche wertvolle Beobachtungen und statistische Arbeiten mit denkbar größten Zahlenreihen besitzen, so unter anderen von Spiegelberg 289 Gesichtslagen unter 93.871 Geburten, zusammengestellt aus den Tabellen Schwörers, Hegars und Spiegelbergs, von Winkel 1741 Gesichtslagen unter 294.833 Geburten — fanden die Stirnlagen bisher viel weniger gründliche Bearbeitung von einem einheitlichen Standpunkte aus, und nur in einer kleinen Anzahl von Abhandlungen ist die ätiologische innige Zusammengehörigkeit dieser beiden Kindeshaltungen gebührend hervorgehoben; der weitaus überwiegende Theil der Literatur über Stirnlagen besteht aus casuistischen Mittheilungen einzelner Fälle.¹⁾ — So haben die Stirnlagen auch in vielen Lehrbüchern eine ganz isolierte Stellung gefunden, und ihre Aetiologie zeigt sich entsprechend der kleinen Anzahl der Beobachtungen nicht völlig erschöpfend geklärt.

Betreffs der Nomenclatur im engeren Sinne fasste ich im allgemeinen den Austrittsmechanismus als das ausschlaggebende Merkmal der beiden Deflexionslagen auf. „Bleibt die Stirne der vorausgehende Theil, so nennen wir die Lage „Stirnlage“, wird es das Gesicht, „Gesichtslage“ (Küstner²⁾). Ich musste aber mit Rücksicht auf Aetiologie und Therapie den Begriff weiter ausdehnen. So fasste ich die Stirneinstellungen mit Uebergang in andere Lagen (Gesichts-, Vorderhaupt-, oder nach Wendung in Beckenendlagen) unter

¹⁾ Eine nahezu vollständige Zusammenstellung aller bis zum Jahre 1885 publicierten Stirnlagen gibt Heinrich: Accouchements par le front, nouvelle Archive d'obstetrique et de gynecologie 1885.

²⁾ Küstner: Gesichtslagen. P. Müllers Handb. der Geburtsh. II. Bd.

der gemeinsamen Bezeichnung: „Stirnlagen im weiteren Sinne“ zusammen und verwertete natürlich auch die Gesichtseinstellungen, bei welchen aus irgend einem Grunde Haltungsveränderungen entstanden waren, als Gesichtslagen in dieser Statistik.

Demnach finden sich unter 52.464 Geburten $378 = 0.72$ Proc. Deflexionslagen; werden davon 16 Fälle abgezogen, in denen theils spontan, theils durch Kunsthilfe andere Kindeslagen hergestellt wurden, so bleiben noch 362 Fälle, von denen, gemäß dem oben erwähnten von Küstner aufgestellten Kriterium des Austrittsmechanismus, 325 als Gesichtslagen und 37 als Stirnlagen im engeren Sinne zu benennen sind. — Den nöthigen Ueberblick über die Berechnung, durch welche diese Zahlen gewonnen sind, gibt folgende Ueberlegung:

52 Stirneinstellungen, davon 8 umgewandelt in Gesichtslagen (daher auch bei den Gesichtslagen besprochen), es bleiben also 44 Stirneinstellungen, davon 2 durch Wendung in Beckenendlagen, 5 in Vorderhaupt- oder Hinterhauptlagen umgewandelt; es bleiben daher 37 Stirnlagen.

334 Gesichtslagen, dazu die obenerwähnten 44 Stirneinstellungen, ergibt im ganzen 378 Deflexionslagen; davon entfallen die Fälle, bei denen gewendet wurde (im ganzen 11), und 5 in andere Kopflagen übergegangene ursprüngliche Gesichtslagen.

Es bleiben demnach 362 Fälle, darunter sind 325 als Gesichtslagen und 37 als Stirnlagen ausgetreten.

I. Gesichtslagen.

Unter den 334 Gesichtslagen im weiteren Sinne sind, wie erwähnt, auch jene Fälle mitgerechnet, bei welchen im Verlaufe der Geburt eine Umwandlung der Gesichtslage, sei es spontan oder manuell, in irgend eine andere Lage stattfand. Es fanden sich also im Laufe von 18 Jahren unter 52.464 Geburten 334 ($= 0.64$ Proc.) Gesichtseinstellungen; somit auf 157 Geburten 1 Gesichtseinstellung. Dieses Percentverhältnis stimmt fast völlig überein mit dem von Winckel¹⁾ gefundenen Häufigkeitsverhältnis, nämlich eine Gesichtslage auf 158 Geburten; ziehe ich nur die Gesichtslagen in Betracht, bei welchen der definitive Austritt in solcher stattfand, so ist auch da noch das Verhältniß nahezu das gleiche, nämlich 1 : 161; grösser ist der Unterschied bei den von Walther²⁾, 1 Gesichtslage auf 190 Geburten, und Grenser, 1 : 140,

¹⁾ v. Winckel: Klin. Beobachtungen zur Pathol. der Geburt. — Rostock 1869.

²⁾ Walther: Ueber Gesichtslagen mit besonderer Berücksichtigung der Schädelform im III. Bd. von Winckels Berichten und Studien aus dem k. S. Entbindungs- und gynäkol. Institut in Dresden über die Jahre 1876—1878. Leipzig 1879.

gefundenen Zahlen; bei Spiegelberg kommt gar nur 1 Gesichtslage auf 324 Geburten. Um den Vergleich mit den statistischen Ergebnissen der Winckel'schen Klinik (Walther) zu erleichtern, will ich mich besonders in dem statistischen Theile bezüglich der Reihenfolge und Gliederung möglichst an die Disposition obiger Abhandlung halten, und gehe dementsprechend über zum Häufigkeitsverhältnis der Gesichtslagen in den einzelnen Jahren.

Es kamen im Jahre:

1875	unter	2637	Geburten	17	Gesichtslagen	vor	=	0.64	Proc.
1876	"	2891	"	18	"	"	=	0.62	"
1877	"	3163	"	16	"	"	=	0.51	"
1878	"	3157	"	9	"	"	=	0.28	"
1879	"	3204	"	24	"	"	=	0.75	"
1880	"	3329	"	34	"	"	=	1.21	"
1881	"	3533	"	16	"	"	=	0.45	"
1882	"	2245	"	14	"	"	=	0.62	"
1883	"	2766	"	19	"	"	=	0.69	"
1884	"	2867	"	26	"	"	=	0.91	"
1885	"	2818	"	19	"	"	=	0.67	"
1886	"	2679	"	17	"	"	=	0.63	"
1887	"	2745	"	15	"	"	=	0.55	"
1888	"	2672	"	17	"	"	=	0.64	"
1889	"	3021	"	19	"	"	=	0.63	"
1890	"	2710	"	17	"	"	=	0.63	"
1891	"	2949	"	17	"	"	=	0.58	"
1892	"	3078	"	20	"	"	=	0.65	"

in 18 Jahren unter 52.464 Geburten 334 Gesichtslagen vor = 0.64 Proc.

Wie aus dieser Zusammenstellung ersichtlich ist, schwankt die Frequenz in den meisten Jahren nur um wenige Percente, nämlich zwischen 0.45 Proc. und 0.67 Proc., nur im Jahre 1880 ist sie auffallend größer, 1.21 Proc., und im Jahre 1878 äußerst gering, 0.28 Proc.

Betreffs der Stellung zeigte es sich, dass in I. Gesichtslage, Rücken links, 221 Kinder, in II. Gesichtslage, Rücken rechts, 105 Kinder geboren wurden; achtmal war die Stellung in dem Geburten-Protokolle nicht notiert.

Die Häufigkeit der ersten Gesichtslage zur zweiten verhält sich demnach in unseren Fällen wie 221:105 oder wie 22:10, ist also nahezu identisch mit dem von Walther gefundenen Resultate (21:10). Vergleichen wir damit verschiedene Verhältniszahlen, wie sie von Hecker und andern für die Frequenz der ersten und zweiten Schädelstellung berechnet wurden:

Nach Hecker verhält sich die I. Schädelstellung zur II. $= 2.56 : 1$,
 „ Winckel¹⁾ „ „ I. „ „ II. $= 1.79 : 1$,
 „ Walther „ „ I. „ „ II. $= 1.72 : 1$.

Es ergibt sich daraus, dass das Häufigkeitsverhältnis der I. zur II. Gesichtslage beiläufig gleich ist dem der I. zur II. Schädellage.

Diese Zahlen im Verein mit jenen Walthers dürften endgiltig die von Winckel²⁾, Hecker³⁾ u. a. ausgesprochene Vermuthung, dass die II. Gesichtslage im Verhältnis zur I. häufiger vorkomme, als die II. Schädellage im Vergleiche zur I., als gewiss nicht immer zutreffend erweisen. Dieses Resultat ist nicht nur als statistische Thatsache zu verzeichnen, sondern es bedingt auch eine Modification und Einschränkung der von Duncan⁴⁾ und Zweifel⁵⁾ vertretenen Ansicht, dass die so häufige physiologische Rechtsabweichung für das Zustandekommen der Stirn- und Gesichtslagen eine hervorragende Rolle spielen solle.⁶⁾

Die 334 Fälle von Gesichtslagen vertheilen sich entsprechend der Zahl der vorausgegangenen Entbindungen wie folgt:

auf Erst-Gebärende 138 $= 41.31$ Proc.
 auf Mehr-Gebärende (im weiteren Sinne⁷⁾ . . 196 $= 58.68$ Proc.

und zwar:

auf Zweit-Gebärende 92	I—V Gebärende (Mehr-Gebärende nach Winckel) 179 $= 53.59$ Proc.	Wiederholt- Geschwängerte 196
„ Dritt- „ 55		
„ Viert- „ 17		
„ Fünft- „ 13		
„ Sechst- „ 8		
„ Siebent- „ 2	V—X Gebärende (Viel-Gebärende nach Winckel) 17 $= 5.08$ Proc.	
„ Acht- „ 5		
„ Neunt- „ 1		
„ Zehnt- „ 1		
„ Dreizehnt- „ 1		
„ Fünfzehnt- „ 1		

Mithin überwiegen um 17.37 Proc. die Wiederholt-Gebärenden.

¹⁾ v. Winckel: Lehrbuch der Geburtshilfe. 1893.

²⁾ v. Winckel: Pathologie der Geburt.

³⁾ v. Hecker: Ueber Schädelform bei Gesichtslagen. Berlin 1870.

⁴⁾ Matthews Duncan: Edinb. med. J. 1878, und Edinb. obst. tr. 1872.

⁵⁾ Zweifel: Lehrbuch der Geburtshilfe. 1892.

⁶⁾ Diese Annahme stützt sich auf die bekannte Thatsache, dass bei II. Schädel-lagen der Rücken der Frucht häufiger nach hinten zu liegen kommt; befände sich nun der Kopf gerade auf dieser Seite, so käme dadurch unter der Wirkung der Wehen die zur Bildung einer Stirn- oder Gesichtslage nöthige Deflexion zu Stande (Duncan).

⁷⁾ v. Winckel bezeichnet als Mehr-Gebärende alle diejenigen, welche bis zu 5 Kinder geboren haben, als Viel-Gebärende alle, welche mehr als fünfmal entbunden haben.

Die Zahl der Erst-Gebärenden verhält sich in unseren Fällen zu der Zahl der Wiederholt-Gebärenden wie 1 : 1.42 oder wie 100 : 142. Zum Vergleiche die Resultate einiger anderer:

Es finden¹⁾:

a) bei Gesichtslagen:

Hecker, Erst-Gebärende zu Wiederholt-Gebärenden	1.00 : 1.77
Ahlfeld, " " "	1.00 : 2.70
Fasbender, " " "	1.00 : 2.00
Walther, " " "	1.00 : 1.81
Hoffheinz, " " "	1.00 : 1.40
Winckel, " " "	1.00 : 1.50

b) in derselben Anstalt sonst im allgemeinen:

Hecker, Erst-Gebärende zu Wiederholt-Gebärenden	1.00 : 1.77
Ahlfeld, " " "	1.00 : 1.06
Fasbender, " " "	1.00 : 1.10
Walther, " " "	1.00 : 0.92
Hoffheinz, " " "	1.00 : 1.0007

Mithin findet sich bei Gesichtslagen in der Mehrzahl der Angaben ein relatives, wenn auch nur geringes Ueberwiegen der Wiederholt-Geschwängerten über die Erst-Geschwängerten.

Was das Alter unserer 334 Gebärenden anlangt, so fanden sich im Alter von:

15 bis inclusive 20 Jahren	22 = 6.59 Proc.
20 " " 25 " "	133 = 39.82 "
25 " " 30 " "	99 = 29.64 "
30 " " 35 " "	44 = 13.19 "
35 " " 40 " "	28 = 8.38 "
40 " " 45 " "	8 = 2.40 "

Es erhellt daraus, dass die entschieden größte Zahl der Entbundenen in den Jahren von 20 bis 25 stand (39.82 Proc.), und dass Mütter bis zum 30. Jahre in bei weitem überwiegender Zahl unter unseren Fällen vertreten sind, indem sich 254 Mütter finden, deren Alter zwischen 15 und 30 Jahren schwankt, diesen aber nur 80 gegenüberstehen, welche das 30. Jahr überschritten haben.

Irrig wäre es jedoch, diesem Verhältnisse allgemeine Bedeutung beilegen zu wollen — man darf eben nicht vergessen, dass an Entbindungsanstalten die jungen Gebärenden gegenüber den älteren

¹⁾ Müllers Handbuch der Geburtshilfe, II. Bd. 1889, p. 703.

weitaus überwiegen und muss diese Thatsache bei Beurtheilung der für unsere Gesichtslagen gefundenen Werte heranziehen.

Gruppieren wir nun die Mütter nach dem Alter, jetzt aber auch mit Rücksicht auf die Zahl der vorausgegangenen Geburten, so finden wir:

von 15 bis incl. 20 Jahre	26, darunter	{	Erst-	
			Gebärende	24 = 7.2 Proc.
		{	Wiederholt-	
			Gebärende	2 = 6.6 "
" 20 " " 25 "	127, "	{	Erst-	
			Gebärende	70 = 20.96 "
		{	Wiederholt-	
			Gebärende	57 = 17.07 "
" 25 " " 30 "	100, "	{	Erst-	
			Gebärende	37 = 11.08 "
		{	Wiederholt-	
			Gebärende	63 = 18.86 "
" 30 " " 35 "	43, "	{	Erst-	
			Gebärende	4 = 1.2 "
		{	Wiederholt-	
			Gebärende	39 = 11.68 "
" 35 " " 40 "	29, "	{	Erst-	
			Gebärende	4 = 1.2 "
		{	Wiederholt-	
			Gebärende	25 = 7.48 "
" 40 " " 45 "	9, "	{	Erst-	
			Gebärende	— = — "
		{	Wiederholt-	
			Gebärende	9 = 2.69 "

Am häufigsten finden sich also Gesichtslagen bei 20—25 Jahre alten Erstgebärenden (20.96 Proc.); außerdem sind noch mit einem hohen Procentsatze von (18.86 Proc.) Mehr-Gebärende von 25—30 Jahren und Mehr-Gebärende von 20—25 Jahren mit 17.07 Proc. vertreten. — Von den 138 Erstgebärenden sind nur 8 älter als 30 Jahre — die übrigen 130 vertheilen sich auf 15—30 Jahre. — Die Annahme einer Praedisposition älterer Erst-Gebärender zu Gesichtslagen ist damit wohl endgiltig beseitigt. — Das Alter der jüngsten Mutter unter den 334 Fällen war 16 Jahre, das der ältesten 44 Jahre (III-para).

Von den 196 Mehr-Gebärenden (im weiteren Sinne des Wortes) sind 189-mal anamnestische Daten notiert; darnach hätten 172 Multiparae früher (2—14) normale Entbindungen durchgemacht, bei 17 Frauen waren bereits frühere Geburten abweichend von der Norm verlaufen (hierher rechnete ich alle operativ beendeten Geburten, alle Querlagen, Mehrlings-Schwangerschaften und Deflexionslagen), zweimal nur¹⁾ ließ sich in Erfahrung bringen, dass schon früher Kinder in Gesichtslage geboren worden waren, und zwar: hatten bei einer III-para die beiden vorhergegangenen Geburten, bei einer VIII-para nur eine, und zwar die 4., unter 7 normalen Entbindungen in Gesichtslage stattgefunden; bei keiner der Mütter fand sich eine auffallende Beckenverengerung angegeben, die Kinder waren groß (3600 gr 51 cm — 3950 gr 50 cm); ein relatives Missverhältnis bei noch normalem Becken ist daher nicht auszuschließen.

Enge Becken²⁾ fanden sich 44-mal bei 334 Geburten, also nur 13.17 Proc., — eine auffallend niedrige Zahl — welche nur um wenig höher ist als die von Winckel aus 11 Berichten anderer Autoren berechneten 9 Procent. — Anders gestaltete sich das Häufigkeitsverhältnis der engen Becken, seit in den letzten Jahren principiell jedes Becken gemessen wurde; auf diese Zeit fallen 54 Gesichtslagegeburten mit 24 engen Becken oder 44.44 Procent!

Die Frequenz ist damit auf das Dreifache gestiegen; dass dies ein Ergebnis der genauen, ausnahmslos durchgeführten Beckenmessung ist, liegt auf der Hand. Zum Vergleich einige Zahlen verschiedener Autoren³⁾: so fand Winckel unter 277 Fällen bei $\frac{2}{3}$ enge Becken, Walther⁴⁾: 51.6 Proc., Hoffheinz: 45 Proc., Kamm: 34 Proc., Wullstein⁵⁾: 25 Proc. und Küstner: 50 Proc.

Unter den 44 engen Becken fanden sich am häufigsten, nämlich 42-mal, platte Becken; nach den vorliegenden Daten war die genauere Unterscheidung in einfach platte und rhachitisch platte Becken nicht immer zu machen; außer platten Becken finden wir nur zweimal all-

¹⁾ Den anamnestischen Daten kann jedoch nur ein sehr geringer Wert beigelegt werden, da bei der Indolenz eines großen Theiles unserer Schwangeren die Erinnerung an vorausgegangene Geburten eine viel zu ungenaue ist, um brauchbare Auskünfte darüber zu erhalten.

²⁾ Genaueres über Definition und Wirkung des engen Beckens siehe bei Besprechung der Aetiologie der Gesichtslagen.

³⁾ Müllers Handbuch, p. 703.

⁴⁾ Walther, l. c.

⁵⁾ Wullstein: Die Gesichtslage, Inaug.-Dissert. Berlin 1891.

gemein gleichmäßig verengte Becken angegeben. — Bezüglich des Hochstandes und abnormer Beweglichkeit des graviden Uterus (Schief-lage, Hängebauch) sowie über Vorfall der Nabelschnur, Vorfall von Extremitäten, und früh- oder vorzeitigen Blasensprung, der Begleiter respective Folgezustände des engen Beckens, verweise ich auf den Abschnitt über Aetiologie.

Die Wehen waren meist als „gut“ oder normal „stark“, 17-mal als „ganz schwach“ (Wehenschwäche) bezeichnet.

Rücksichtlich des zweiten maßgebenden Factors, der Beschaffenheit des kindlichen Körpers, finden sich unter 334 Geburten 174 Knaben und 159 Mädchen — einmal war das Geschlecht nicht angegeben; es überwiegen daher die Knabengeburt (um 15 Knaben mehr). Die Zahl der Knabengeburt verhält sich demnach in unseren Fällen zu der Zahl der Mädchengeburt wie 108 : 100. — Sehen wir uns die von O. Küstner¹⁾ angeführten Angaben anderer Autoren an und prüfen wir die daraus gezogenen Schlüsse, so finden wir, dass bei Gesichtslagegeburten

Winckel:		121	Knaben	auf	106	Mädchen	
Hecker:		75	„	„	86	„	
Kamm:		31	„	„	39	„	
Hoffheinz:		23	„	„	31	„	findet.
Summe:		. .	250	Knaben	auf	262	Mädchen;

also verhält sich darnach die Zahl der Knaben zu den Mädchen wie 100 : 104, während sonst im allgemeinen die Frequenz der Knaben zu den Mädchengeburt 104 : 100 beträgt. Füge ich nun aber zu der obigen Summe die von Walther und mir gewonnenen Zahlen hinzu,

also obige Summe:	. . .	250	Knaben	auf	262	Mädchen	
Walther:		22	„	„	9	„	
an der Klinik Chrobak:	174	„	„	159	„		
Summe:		. .	446	Knaben	auf	430	Mädchen,

so ergibt sich daraus ein ganz anderer Schluss: unter 876 Gesichtslagegeburten kommen auf 446 Knaben- 430 Mädchengeburt, oder es verhält sich die Zahl der Knaben zu der der Mädchen wie 1.036 : 1.00, also beiläufig wie 103 : 100.

Die Uebereinstimmung dieser Zahlen mit dem für Geburten überhaupt gefundenen Frequenzverhältnisse (104 Knaben : 100 Mädchen)

¹⁾ Müllers Handbuch, p. 705.

ist daraus ersichtlich, und es entfällt somit die Nothwendigkeit eines Erklärungsversuches (Spiegelberg) für die angenommene größere Häufigkeit der Mädchengeburten bei Gesichtslagen.

Das mittlere Gewicht unserer in Gesichtslage geborenen Kinder beträgt 3137 gr, das grösste 4440 gr.

Das Normalgewicht von 3030 gr (Walther¹⁾, wurde nicht erreicht von 124 Kindern ($= 37.12$ Proc.), zweimal betrug das Gewicht der Frucht nicht mehr als 700 gr, überschritten von 170 Kindern ($= 50.89$ Proc.). 40-mal fanden sich keine Angaben über das Gewicht.

Angaben über die Länge der Frucht finden wir nur 178-mal — daraus berechnet sich die Durchschnittslänge auf 49.5 cm. Dieses Mittel von 49.5 cm wurde nicht erreicht von 64 Kindern ($= 35.95$ Proc.), überschritten von 114 ($= 64.05$ Proc.). Schalten wir jedoch diejenigen unreifen und macerierten Kinder aus²⁾, deren Gewicht unter 2500 gr verblieb, so erhalten wir als Mittel 3206 gr, und berechnen wir in ähnlicher Weise die mittlere Länge der in Gesichtslage geborenen Kinder, also mit Ausschaltung aller weniger als 48 cm langen Früchte, so finden wir: 50.15 cm als durchschnittliche Körperlänge.

Das Verhältniß des Gewichtes der Kinder zur Länge beträgt $3206 : 50.15$ oder $6392 : 100$, während es nach Normalgewicht und Länge nur $3030 : 49.5$ oder $6121 : 100$ zu sein pflegt, steht also in vollem Einklang mit dem von Ahlfeld aufgestellten ätiologischen Momente des „relativen Ueberwiegens des Gewichtes der Frucht im Vergleiche zur Länge“³⁾ deuten.

Soweit sich in den Journalen Aufzeichnungen über Schädelmaße bei den Gesichtslagekindern fanden, zeigte sich ausnahmslos das bekannte Verhalten der Durchmesser. In der folgenden Tabelle sind sämtliche Maße, die Differenzen zwischen geradem und großem queren, und zwischen geradem und großem schrägen Durchmesser zusammengestellt, außerdem sind noch die von Walther gefundenen Zahlen und zum Vergleiche damit die Normalwerte nach Schröder angeführt.

¹⁾ Um den Vergleich zu erleichtern, wurde das von Walther für alle ausgetragenen Früchte gefundene Mittel von 3030 gr Gewicht und 49.5 cm Länge als Maßstab angenommen.

²⁾ Die Begründung der vorgenommenen Scheidung wird sich aus der Erörterung der ätiologischen Momente ergeben.

³⁾ Ahlfeld: Die Entstehung der Stirn- und Gesichtslagen. Leipzig 1873.

N u m m e r	K o p f m a ß e :					Circumferentia fronto-occipitalis	Circumferentia mento-occipitalis	Circumf. suboccipito-bregmatica	Differenz zwischen geradem und grossem queren Durchmesser	Differenz zwischen grossem schrägen und geradem Durchm.
	D. frontooccipitalis gerader Durchm.	D. mentooccipitalis grosser, schräger	D. biparietalis grosser, quer	D. bitemporalis kleiner, quer	D. suboccipito-bregmatica kleiner, schräger					
1	13	—	9. ₃	9. ₆	9. ₅	38	—	—	3. ₇	—
2	12. ₃	—	9	7. ₅	—	38	—	—	3. ₃	—
3	12. ₅	13. ₅	9. ₂	8	9	36. ₅	—	—	2. ₆	1
4	11. ₅	12. ₂	8. ₇	7. ₃	—	—	—	—	2. ₆	0. ₇
5	—	—	8	7	5. ₅	—	—	—	—	—
6	12	—	9	8. ₂	—	37	—	—	3	—
7	11	—	7 ¹⁾	8	—	33	—	—	3	—
8	13	—	—	—	—	37	—	—	—	—
9	14	15	10	—	—	—	—	—	5	1
10	13	13. ₂	9. ₄	8	10	36	39	—	3. ₆	0. ₂
11	12. ₅	—	9	7. ₅	—	—	—	—	3. ₅	—
12	14. ₂	—	9. ₃	7. ₁	—	39	—	—	4. ₉	—
13	12. ₅	12. ₅	9. ₅	8	9	37	—	—	3	—
14	12	13	9	7	8. ₅	37	—	—	3	1
15	13. ₂₅	13. ₅	9. ₅	8	9. ₅	38	—	—	3. ₆₅	0. ₂₅
16	14	14. ₅	9. ₈	8. ₅	—	38	—	—	4. ₂	0. ₅
17	12. ₅	13	9	8	—	—	—	—	3. ₅	0. ₅
18	12. ₅	13	9. ₅	7. ₅	10	36. ₅	—	—	3	0. ₅
19	13	14	9	—	—	36	35	—	4	1
20	13	13. ₅	9	8	9. ₅	—	—	—	4	0. ₅
21	12. ₅	13. ₅	10	7. ₅	—	38	—	—	3. ₅	1
22	13	14	9. ₅	8. ₅	8. ₅	35	—	—	3. ₅	1
23	12	13	9	7	—	36	—	—	3	1
24	13	15	9	7. ₅	9. ₅	39. ₂	—	—	4	2
25	13	13. ₅	9. ₅	8	9. ₅	—	—	—	3. ₅	0. ₅
26	12	13	8. ₅	7. ₅	8. ₅	36	—	—	3. ₅	1
27	11	11	8	7. ₅	9	32	31	29. ₅	3	—
28	12	13	8. ₅	7. ₅	10	—	—	—	3. ₅	1
29	13	13. ₅	9. ₅	8	9	36. ₅	38	30	3. ₅	0. ₅
30	12	13	9	7. ₅	9	34. ₅	36	31. ₅	3	1
31	13. ₅	13. ₅	9. ₅	8	9. ₅	37	37. ₅	30. ₅	4	—
32	13	13	9	7	9	—	—	—	4	—
33	13	13	9	7. ₅	11	35. ₅	—	—	4	—
34	14	14	9	8	10	—	—	—	5	—
35	12. ₅	13	9	8	9. ₅	—	—	—	4	0. ₅
36	13	13. ₅	8	7	6	—	—	—	5	0. ₅
37	12	12. ₅	7. ₅	7. ₅	9	—	—	—	4. ₅	0. ₅
Mittel	12. ₆₇	13. ₃₀	9. ₀₅	7. ₇₂	9. ₀₆	35. ₇	36. ₀₈	30. ₄	3. ₆₅	0. ₆₃ ⁴⁾
Walther ²⁾ fand .	12. ₀₁	12. ₉₇	9. ₂₈	7. ₄₆	9. ₆₉	35. ₁₂	—	—	2. ₇₃	0. ₉₆
Norm.Durchschnitts- Maße für den Schä- del d. reifen Kindes (Schröder ³⁾) . . .	11. ₇₅	13. ₅₀	9. ₂₅	8	9. ₅	34. ₅	—	—	2. ₅	1. ₇₅

¹⁾ Dieser quere Durchmesser von 7 cm muss unberücksichtigt gelassen werden, weil er an der Stelle einer tiefen Schädelimpression gemessen ist.

²⁾ l. c.

³⁾ Schröders Lehrbuch.

⁴⁾ Die Differenzen sind aus den Durchschnittswerten berechnet.

Vergleichen wir die aus obiger Tabelle¹⁾ gewonnenen Durchschnittszahlen für den frontooccipitalen und den biparietalen Durchmesser, den frontooccipitalen Schädelumfang, sowie die mittlere Differenz zwischen geradem und großem queren Durchmesser, welche wir für unsere Fälle gefunden haben, mit den entsprechenden Normalmaßen (Schröder²⁾), so finden wir:

	Frontooccipitaler Umfang	Mittlere Grösse des grossen queren (biparietalen) Durchmessers	Mittlere Grösse des geraden (fronto-occipitalen) Durchmessers	Mittlere Differenz zwischen geradem und grossem queren Durchmesser	Mittlere Differenz zwischen geradem und grossem, schrägem (mento-occipitalen) Durchmesser
Gesichtslage-Schädel . . .	35.7	9.05	12.67	3.65	0.63
Normalmaße	34.5	9.25	11.75	2.50	1.75
Differenz unserer Resultate gegenüber den Normalmaßen	1.2 (größer)	(—) 0.20 (kleiner)	0.92 (größer)	1.15 (größer)	(—) 1.12 (kleiner)
Nach Mayr ³⁾	0.93 (größer)	(+) 0.11 (größer)	0.59 (größer)	—	0.91 n. Hecker ⁴⁾

Es ergibt sich daraus, dass die Gesichtslagen-Schädel gegenüber den Normalmaßen durchschnittlich 1. einen größeren frontooccipitalen Umfang und zwar um 1.2 cm (nach Mayr um 0.93 cm); 2. einen etwas kleineren, großen queren (biparietalen) Durchmesser, nämlich um 0.23 cm (nach Mayr dagegen um 0.11 cm größer); 3. einen größeren geraden (frontooccipitalen) Durchmesser, um 0.92 cm (nach Mayr um 0.59 cm) zeigen.

Der mittlere Unterschied zwischen geradem und großem queren Durchmesser ist um 1.15 cm größer als gewöhnlich, und übereinstimmend damit ist die mittlere Differenz zwischen geradem und großem schrägen (mentooccipitalen) Durchmesser kleiner als bei den Normalmaßen um 1.12 in unseren Fällen gegenüber 0.91 (Hecker⁵⁾) und 0.96 (Walther⁶⁾).

Werden alle diejenigen Schädel als dolichocephal bezeichnet, bei denen die Differenz zwischen geradem und großem queren Durch-

¹⁾ Die Schädelmessung wurde immer sofort nach Geburt des Kindes vorgenommen.

²⁾ l. c.

³⁾ Müllers Handbuch, pag. 705.

⁴⁾ Haker: Schädelform bei Gesichtslagen, p. 22.

⁵⁾ l. c.

⁶⁾ l. c.

messer mindestens 3 cm oder mehr beträgt, so finden wir 33 exquisit dolichocephale Schädel unter 37 Kindern, id est 89.₁₈ Proc. Nimmt man aber mit Walther schon 2.₅ cm als Grenzwert an, so wären die sämtlichen gemessenen Schädel als dolichocephal zu bezeichnen.

Nachmessungen am 10. Tage post partum wurden nur in 4 Fällen ausgeführt. Sie ergaben, dass in diesen Fällen bis zum XI. Wochenbett-Tage eine Rückbildung der dolichocephalen Schädelform nur in ganz verschwindendem Maße stattgefunden hatte. Abgesehen davon, dass diese Zahl an sich viel zu klein wäre, könnte ja durch Nachmessungen die Frage, ob die dolichocephale Schädelform schon vor Beginn der Wehen vorhanden war, überhaupt nicht entschieden werden.

Es sei gleich an dieser Stelle bemerkt, dass ich den submento-occipitalen Durchmesser¹⁾ bei den Aufzeichnungen der Kopfmaße aus dem Grunde vernachlässigen zu können glaubte, weil mir wiederholte Messungen dieses Durchmessers zu bedeutende Größenschwankungen ergaben. Definiert man nämlich den submento-occipitalen Durchmesser als eine Linie, die von jenem Punkte der vorderen Halsseite, welcher sich bei Gesichtslagengeburten am Schambogen anstemmt, zu dem entferntesten Punkt des Hinterhauptes zieht, so ist dieser vordere Messpunkt nicht immer der gleiche. Für manche Gesichtslagegeburt mag der von Torggler als constanter Messpunkt angenommene obere Zungenbeinrand gewiss zutreffen, aber ausnahmslos für alle Fälle wohl nicht. Bringt man nämlich den Kopf eines in Gesichtslage eben geborenen Kindes wieder in seine typische starke Deflexionsstellung und misst nun, unbekümmert um die Lage des Zungenbeines, von dem der vorderen Fläche der Halswirbelsäule und somit auch dem Hinterhaupt nächstgelegenen Punkte den Abstand desselben vom entferntesten Theile des Occiput, dann hat man meines Dafürhaltens denjenigen Durchmesser, respective die entsprechende Peripherie gefunden, welche bei Entwicklung des Kopfes nach dem Gesichtslagenmechanismus maßgebend ist; dieser Punkt liegt häufig oberhalb des Zungenbeines und nur Weichtheile befinden sich zwischen Tastercirkelknopf und Wirbelsäule, weshalb ein stärkerer oder schwächerer Druck sofort merkliche Wertdifferenzen ergibt, so dass in einem Falle der Wert des suboccipito-frontalen Durchmessers (mit 11¹/₂) den submentooccipitalen Durchmesser (mit 10³/₄) um ³/₄ cm übertraf! Ein Wink, nicht allzuviel Gewicht ausschließlich auf kleine Differenzen in der Größe der Durchmesser bei Beurtheilung der Gefährdung des Dammes zu legen und darüber den wichtigen Factor, die Beschaffenheit des Dammes, zu vernachlässigen.

¹⁾ Torggler: Ueber die Gefährdung des Dammes durch Gesichtslagen-Geburten. Centralbl. f. Gyn., 1887, Nr. 14.

Von den 334 in Gesichtslage geborenen Kindern kamen 289 reif $= 86.53$ Proc. und 45 $= 13.47$ Proc. unreif zur Welt; 9 Früchte $= 2.69$ Proc. waren maceriert, darunter 6 reif und 3 unreif. Dreimal wurden Zwillinge beobachtet, zweimal am normalen Schwangerschaftsende, einmal im neunten Lunar-Monate. In Bezug auf den Befund unmittelbar nach der Geburt gruppiert, finden wir:

Lebensfrisch geboren wurden . . . 279 $= 83.53$ Proc.,

asphyctisch „ „ . . . 16 $= 4.79$ „

(davon wurden 13 wiederbelebt, bei 3 Kindern waren die Belebungsversuche erfolglos),

totdgeboren wurden 39 $= 11.68$ Proc.,

und zwar waren davon:

a) Vor Beginn der Geburt abgestorben 15 $= 4.49$ Proc. reif 8, unreif 7;

b) unter der Geburt gestorben 24 $= 7.19$ Proc., reif 22, unreif 2. Nach der Geburt starben 16 $= 4.79$ Proc.; im Laufe der ersten 24 Stunden: 9 $= 2.69$ Proc., im Laufe der ersten 10 Tage: 7 $= 2.09$ Proc.

Von den im Laufe der ersten 24 Stunden gestorbenen Kindern waren 5 ausgetragen und 4 frühgeboren, als Todesursache ist angegeben: Zweimal Lebensschwäche (Frühgeburten im siebenten und achten Lunar-Monate); fünfmal Atelectasen der Lungen; zweimal Lebensunfähigkeit wegen Hemicephalie.

Im Laufe der ersten 10 Tage starben außerdem noch 6 reife Kinder und 1 unausgetragenes Kind, letzteres an Lebensschwäche; von den reifen Kindern starben 2 an Pneumonie, 1 starb am fünften Tage infolge einer apfelgroßen Encephalocoele in der Gegend der kleinen Fontanelle, 1 an Darmblutung, 1 an Sepsis, 1 am dritten Tage infolge von Transposition der Gefäße.

Die Gesamt-Mortalität der Kinder betrug demnach während des Aufenthaltes der Mütter an der Klinik 55 (vor, während oder nach der Geburt) gestorbener Kinder ($= 16.39$ Proc.). Um diese Mortalitätsziffer in ihrer Beziehung zur Gesichtslage richtigzustellen, ist es vor allem nöthig, die Zahl der schon vor Beginn der Geburt abgestorbenen Kinder (15 $= 4.49$ Proc.) von den 39 Todtgeburten zu subtrahieren und außerdem die unmittelbare Ursache des Todes bei den während der ersten 10 Tage nach der Geburt zugrunde gegangenen Kindern in Bezug auf ihren Zusammenhang mit den Geburtsvorgängen zu prüfen (siehe Prognose).

Bezüglich der am Leben erhaltenen Kinder ist nur zu erwähnen, dass 235 $= 70.36$ Proc. davon nach mindestens zehntägigem Aufenthalte

an der Klinik der Findelanstalt übergeben wurden, 41 Kinder = 12.27 Proc. mussten schon nach weniger als 10 Tagen entlassen werden, und zwar:

- 20 wegen Milchmangel der Mutter,
- 3 „ Rhagaden der Brustwarzen der Mutter,
- 4 „ Hohlwarzen der Mutter,
- 9 „ Fieber der Mutter,
- 5 aus unbekannter Ursache.

Bei 3 Kindern = 0.90 Proc. sind über deren weitere Schicksale nach der Geburt keinerlei Angaben vorhanden.

Die durchschnittliche Dauer der Geburt bei unseren Fällen von Gesichtslage ist gegenüber den normalen Schädellagen im ganzen etwas verlängert, auffälligerweise bei Erst-Gebärenden weniger als bei Mehr-Gebärenden, bei ersteren um etwas mehr als 1 $\frac{1}{4}$ Stunde, bei Mehr-Gebärenden durchschnittlich um 3 Stunden; deutlich zeigt dies die nachstehende Zusammenstellung:

Durchschnittliche Dauer bei den Geburten im allgemeinen¹⁾:

Erst-Gebärende . . .	{	I. Periode	20.0	Stunden,
		II. „	1.75	„
		Gesamtdauer	21.75	Stunden.

Durchschnittliche Dauer bei unseren 334 Gesichtslagen:

Erst-Gebärende . . .	{	I. Periode	20.39	Stunden,
		II. „	1.71	„
		Gesamtdauer	22.10	Stunden.

Durchschnittliche Dauer der Geburt im allgemeinen:

Wiederholt-Gebärende	{	I. Periode	12.0	Stunden,
		II. „	1.0	„
		Gesamtdauer	13.0	Stunden.

Bei unseren Gesichtslagen:

Wiederholt-Gebärende	{	I. Periode	13.13	Stunden,
		II. „	0.64	„
		Gesamtdauer	13.77	Stunden.

Diese Zahlen sind aus 196 Fällen gewonnen, bei denen die I. und II. Periode getrennt angegeben war; die Differenzen sind minimal; man müsste daraus eine vollkommene Uebereinstimmung der Geburtsdauer bei gewöhnlichen Schädellagen und Gesichtslagen folgern. Etwas abweichend davon sind jedoch die Durchschnittswerte, welche sich aus

¹⁾ Schröders Lehrbuch, p. 229.

138 Fällen, bei denen die Gesamtdauer der Geburt ohne¹⁾ Trennung in die I. und II. Periode verzeichnet ist, berechnen. Es finden sich als Werte für die Gesamtdauer der Geburt:

Bei I-paren: 24·10 Stunden; bei Multiparen: 18·24 Stunden, während wir oben

bei I-paren: 22·10 Stunden; bei Multiparen: 13·77 Stunden erhalten hatten; daraus berechnet sich als Mittel für unsere 334 Gesichtslagengeburt:

Für I-parae: 23·10 Stunden; für Multiparae: 16·00 Stunden für die Gesamtdauer der Geburt.

Gegenüber der Normaldauer bei I-paren ist die Durchschnittsdauer bei Gesichtslagen um $1\frac{1}{2}$, bei Pluriparen um 3 Stunden verlängert.

Die bisher angeführten Zahlen sind ziemlich stark verschieden von den Resultaten Heckers, Fasbenders und Mayrs²⁾; am bedeutendsten ist die Differenz der Werte für die Dauer der II. Geburts-Periode bei Erst-Gebärenden. Ein klares Bild der großen Breite, innerhalb welcher die Dauer der einzelnen Geburten schwankt, gibt die nachstehende Einteilung der Fälle, entsprechend der Geburtsdauer, und zwar von 12 zu 12 Stunden gruppiert.

Bei 88 Erst-Gebärenden betrug die Dauer der I. Geburts-Periode

bis zu (inclus.) 12 Stunden . . .	26mal = 29. ₅₁ Proc.
von 12 bis „ 24 „ . . .	39mal = 44. ₃₁ „
über 24 „ . . .	23mal = 26. ₂₈ „

und der II. Periode

bis zu (inclus.) $\frac{1}{4}$ Stunde . . .	5mal = 5. ₆₈ Proc.
„ „ „ $\frac{1}{2}$ „ . . .	21mal = 23. ₈₆ „
„ „ „ $\frac{3}{4}$ „ . . .	6mal = 6. ₈₂ „
„ „ „ 1 „ . . .	14mal = 15. ₉ „
„ „ „ 2 Stunden . . .	27mal = 30. ₆₈ „
über 2 „ . . .	15mal = 17. ₀₄ „

bei 106 Wiederholt-Gebärenden dauerte die I. Periode

bis zu (inclus.) 12 Stunden . . .	57mal = 53. ₇₈ Proc.
„ „ „ 24 „ . . .	36mal = 33. ₉₆ „
über 24 „ . . .	13mal = 12. ₂₆ „

¹⁾ Bis zum Jahre 1886 wurde immer der Zeitpunkt des Verstrichenseins des Muttermundes im Geburts-Journal notiert — von da an wurde die innere Untersuchung nur auf das wirklich nothwendigste beschränkt, somit entfiel auch die systematische Angabe dieses Befundes und ich kann daher betreffs der I. und II. Geburts-Periode nur bis zum Jahre 1886 über verwertbare Aufzeichnungen verfügen.

²⁾ Müllers Handbuch, p. 719.

die II. Periode

bis zu (inclus.)	$\frac{1}{4}$ Stunde	. . .	24mal = 22.64 Proc.
" "	$\frac{1}{2}$ "	. . .	51mal = 48.11 "
" "	$\frac{3}{4}$ "	. . .	11mal = 10.38 "
" "	1 "	. . .	5mal = 4.72 "
" "	2 Stunden	. . .	5mal = 4.72 "
über	2 "	. . .	10mal = 9.43 "

Bei den 140 Gesichtslagen, bei welchen keine gesonderten Angaben der I. und II. Periode vorgefunden wurden¹⁾, dauerte die gesammte Geburt (I. und II. Periode) des Kindes in Gesichtslage:

bei 50 Erst-Gebärenden:

bis zu (inclus.)	12 Stunden	. . .	15mal = 30 Proc.
" "	24 "	. . .	17mal = 34 "
über	24 "	. . .	18mal = 36 "

bei 88 Wiederholt-Gebärenden:

bis zu	12 Stunden		47mal = 53.4 Proc.
" "	24 "		27mal = 30.68 "
über	24 "		14mal = 15.9 "

Zweimal war die Geburtsdauer nicht angegeben.

Die obigen Zusammenstellungen zeigen also bis auf ein häufigeres Vorkommen protrahierter Geburten keine besonderen Abweichungen von dem gewöhnlichen Verhalten der Geburtsdauer bei normalem Hinterhaupt-Mechanismus.

Die Frage nach der ätiologischen Bedeutung der Widerstände von Seite des innern und äussern Muttermundes lässt sich nach den gewonnenen Erfahrungen nur mit „nein“ beantworten; es ist der Unterschied der Dauer der Eröffnungsperiode bei Gesichtslagen und bei Schädellagen überhaupt, ein viel zu geringer, als dass man dem Widerstand vonseiten dieses Theils der Weichtheile einen Einfluss auf die Entstehung der Deflexion einräumen könnte.

Vor Besprechung der Dignität der einzelnen ätiologischen Momente schicke ich im Folgenden eine kurze Zusammenstellung derselben voraus

A. Momente, welche eine Deflexion des Kopfes begünstigen:

a) durch mechanisches Wegdrängen des Kinns von der Brust:

¹⁾ Seit einer Reihe von Jahren wurde an der Klinik die innere Untersuchung auf das nothwendigste beschränkt und daher auf die Constatierung des Momentes, in welchem der Muttermund vollkommen erweitert ist, Verzicht geleistet.

1. Struma congenita¹⁾ 2 Fälle,
2. grössere Convolute um den Hals gelegter Nabelschnurschlingen: *2 Fälle²⁾,
3. ein Arm zwischen Kinn und Brust gelagert: 1 Fall,
4. fehlerhafte Lagerung von Zwillingen.
(3 Zwillingsgeburten — keine Angabe über die gegenseitige Lage der Früchte).

b) durch abnorme Verkürzung des Halses und speciell seiner hinteren Partie:

1. Hemicephalen: 2 Fälle,
2. Defectbildungen an der Wirbelsäule: 1 Fall.

c) durch Steigerung der Beweglichkeit und damit Begünstigung von Haltungsänderungen der Frucht:

1. Hydramnios: *1 Fall,
2. Kleinheit der Frucht (Frühgeburten aus dem siebenten bis neunten Lunar-Monat): 45 Fälle (= 13.47 Proc.),
3. Grössere Schlaffheit der Bauchdecken,
4. Fehlen der physiologischen Haltung der Frucht durch Schlaffheit der Gelenkverbindungen bei macerierten Früchten: 9 Fälle.

d) durch Schiefelage der Gebärmutter und Schief- oder Schräglage der Frucht:

1. Hängebauch: *1 Fall,
2. Uterus bicornis: *2 Fälle.

Als begünstigendes Moment für das Zustandekommen einer Gesichtslage bei bestehender Schief- oder Schräglagerung, besonders Bauchlage, der Frucht (Scanzoni³⁾) kommt in Betracht: Rasches, plötzliches Abströmen des Fruchtwassers, bei frühzeitig oder vorzeitig erfolgtem Blasensprung und leicht beweglicher Frucht: 19 Fälle (= 5.69 Proc.);

e) durch eine Art von Zügelwirkung durch die straff gespannt über die Stirne verlaufende Nabelschnur.

¹⁾ Dazu kommt noch 1 an der Klinik des Prof. v. Rokitansky in Graz unter 8 Fällen von Gesichtslagen beobachteter Fall, bei dem am sechsten Tage post partum durch die Obduction eine bilaterale, hühnereigroße, parenchymatöse congenitale Struma nachgewiesen wurde. — Im ganzen also 3 Fälle von Struma cong. unter (334 + 8) 342 Gesichtslagengeburten. Uebrigens ist der Zweifel nicht von der Hand zu weisen, ob in den Protokollen vor dem Jahre 1890 überhaupt die Fälle von Struma congenita aufgezeichnet wurden, weil beide Fälle schon in die Zeit nach Uebernahme der Klinik durch Prof. Chrobak fallen.

²⁾ Der Stern vor der Ziffer bedeutet, dass ich den Zahlangaben keinerlei statistische Bedeutung beilege; sie zeigen nur an, wie oft ich eben in den Journalen Angaben über den betreffenden Punkt vorfand.

³⁾ Müllers Handbuch, p. 711.

B. Momente, welche ein „Hängenbleiben“ des Hinterhauptes bedingen:

a) Missverhältnis zwischen kindlichem Schädel und mütterlichem Becken:

1. Beckenverengerung, besonders im geraden Durchmesser: 44 Fälle (= 13.₁₇ Proc., enge Becken, meist leichten Grades; seit Einführung der systematischen Beckenmessung unter 54 Fällen sogar 24 enge Becken = 44.₄₄ Proc.).

2. Relative Größe des Kindesschädels.

3. Mäßiger Hydrocephalus: 2 Fälle.

4. Zwischenlagerung kleiner Theile, eventuell auch der Nabelschnur (?) zwischen Kopf und Becken und Vorfall kleiner Theile: 4 Fälle (= 1.₁₉ Proc.) oder der Nabelschnur (?): 5 Fälle (= 1.₄₉ Proc.).

5. Tiefer Sitz der Placenta: 2 Fälle.

6. Relative Größe der Kinder im Verhältnis zur Länge.

b) Stärkere Verlängerung des Hinterhauptes:

1. Congenitale Dolichocephalie.

2. Verlängerung des Hinterhauptes durch Geschwülste: 2 Fälle.

Sehen wir uns die einzelnen Punkte genauer an, so finden wir unter 342 Gesichtsgeburten (334 + 8, es sind dabei auch die 8 Fälle aus der Klinik des Professor von Rokitansky mitgerechnet) im ganzen nur dreimal eine wirkliche congenitale Struma (von beiläufig Nussgröße), welche auch weiterhin persistierte. Durch letzteres unterscheidet sich eben die congenitale Struma von den durch den Geburtsmechanismus selbst bedingten, vorübergehenden Stauungserscheinungen und Schwellungen der Schilddrüse, wie man sie häufig bei Kindern, welche in Gesichtslage geboren wurden, findet.

Auch nach den Angaben in der Literatur scheint dieses ätiologische Moment ebenso selten vorzukommen, als es leicht und ungezwungen die Entstehung einer mehr oder weniger ausgesprochenen Deflexion erklärt. Ahlfeld findet nur drei Fälle von Struma congenita bei Gesichtslage in der Literatur angeführt, dazu kommen noch einige wenige Fälle von Mayr, Löhlein und O. Küstner.¹⁾

Einmal (Fall Nr. 123) war der linke Arm über Brust und Hals geschlagen, und verhinderte ebenso wie die Struma congenita eine Annäherung des Kinns. Anders ließe sich die Bedeutung des Vorkommens „größerer Convolute um den Hals gelegter Nabelschnurschlingen“ (Ahlfeld) auffassen. Sind nur wenige Umschlingungen, etwa 2—3, vorhanden, wie in unseren zwei Fällen, so dürfte wohl ihre Masse nicht leicht

¹⁾ Müllers Handbuch, Bd. II, p. 708.

genügen, um eine merkliche Deflexion des Kinns anzubahnen; übrigens kommt es dabei nicht allein auf die Zahl der Umschlingungen, sondern gewiss auch auf die Beschaffenheit der Nabelschnur an (ob sehr dick, knotig oder im Gegentheil arm an Wharton'scher Sulze, dünn und leicht comprimierbar). Nur wenn sehr zahlreiche Schlingen zwischen Kinn und Brust lägen und zwar so straff gespannt, dass ein Ausweichen über das Kinn oder nach der Brust hin unmöglich wäre, könnte dies als ätiologisches Moment für das Zustandekommen der Gesichtslage angesehen werden. Erwähnenswert ist, dass in je einem Falle von Credé¹⁾ (mit achtfacher) und Gray²⁾ (mit neunfacher) Umschlingung sich doch keine Gesichtslage entwickelt hatte. Nicht mehr ätiologische Wichtigkeit scheint, aus den gleichen Gründen, der weiter unten sub B, a, Punkt 4 erwähnte „Vorfall von Nabelschnurschlingen“ zu besitzen. Hier kann auch nur ein beträchtliches Convolut vorgelagerter oder vorgefallener Nabelschnurschlingen als Hindernis für das Tiefortreten des Hinterhauptes ernstlich in Betracht kommen. — Dagegen ist die Wichtigkeit einer mehr minder starken Compression der Nabelschnurgefäße (Walther³⁾) nicht zu übersehen; die Behinderung der Placentarathmung und die dadurch ausgelösten reflectorischen Fruchtbewegungen könnten eventuell eine activ entstandene Deflexion erklären.

Die relativ und absolut größere Häufigkeit von Nabelschnurumschlingungen bei Gesichtslagen, nach Walther⁴⁾ 45,1 Proc.!, dürften im Folgenden eine genügende Erklärung finden: durch das Convexwerden der Abdominalseite der Frucht (Hyperdeflexion des Kopfes), werden die Nabelschnurschlingen von ihrem gewöhnlichen Platze gedrängt und werden, besonders, wenn sich die Frau während der Vorbereitung der Haltungsänderung in aufrechter Stellung befindet, nach dem Orte des geringsten Raummangels, id est Nackenwinkel und Rückenseite des Fötus, ausweichen. Den fötalen Bewegungen ist dadurch genügende Gelegenheit zu weiterer Verdrängung oder zu Umschlingungen der Nabelschnur gegeben.

Zwillinge sollen nicht allzu selten in Gesichtslage geboren werden (Ahlfeld⁵⁾) und zwar soll diese Lage immer bei dem zuerst geborenen Kinde beobachtet worden sein (Wullstein⁶⁾).

¹⁾ Credé, Monatsschrift für Geburtskunde, 1853, I. Heft.

²⁾ Gray, Cannstatt's Jahrbücher, 1853, IV.

³⁾ l. c.

⁴⁾ l. c.

⁵⁾ l. c.

⁶⁾ l. c.

Dies kann dadurch zustande kommen (Kamm¹ und Fasbender²), dass beide Früchte in Längslage gleichzeitig ins Becken einzudringen versuchen, und dabei eventuell das Hinterhaupt des tiefer stehenden Kopfes an die Linea innominata gedrängt wird und dort hängen bleibt, oder dass der Kopf des einen Zwilling in die Halsauströhle des anderen gepresst und so direct die Deflexion des Kinns veranlasst würde. Befindet sich einer der Zwillinge in Schräg- oder Querlage, so kann dadurch die andere Frucht daran gehindert werden, die normale convexe Haltung des Rückens beizubehalten; infolge dieser hyperlordotischen Krümmung der Fruchtachse ist die Möglichkeit einer Entfernung des Kinns von der Brust gegeben. Unter unseren 334 Gesichtslagen sind dreimal Zwillingsgeburten beobachtet.

Einmal wurde der II. Zwilling in Gesichtslage geboren; über die Lage der Früchte zueinander fehlen genaue Angaben. Aus unseren Zahlen (3 : 334 oder 1 : 111.₃) lässt sich jedenfalls eine Prädisposition zu Gesichtslagen bei Zwillingen nicht ableiten, da ihre Frequenz sogar bedeutend geringer ist als es im allgemeinen (1 : 89³) der Fall ist. Abnorme Kürze des Halses, welche ebenfalls eine innige Annäherung des Kinns an die Brust erschwert, kommt an und für sich häufig vor bei sehr kräftig entwickelten Kindern⁴) — und aus solchen besteht ja, wie aus dem statistischen Theile ersichtlich, die Mehrzahl der Gesichtslagekinder; — außerdem fanden sich zwei Hemicephalen, bei welchen mehrere die Deflexion begünstigende Momente vereint vorkommen: Kürze des Halses, speciell ausgesprochene Verkürzung seiner hinteren Hälfte und relativ bedeutendes Ueberwiegen von Gewicht und Umfang des Rumpfes gegenüber der Länge der Frucht.

Betrachtet man die Körperform eines typischen Hemicephalus und berücksichtigt man speciell die auffällige Kürze des Halses und die Breite der Schultern, so wird es ersichtlich, dass der Kopf kaum anders als mit vorausgehendem Gesichte geboren werden könne; bei nicht entwickeltem, oder sehr kurzem Halse ist es eben schwer, oder auch unmöglich, das Kinn vollkommen der Brust zu nähern. Außerdem kommt noch dazu, dass ihr Körper im Verhältniss zur Länge ungewöhnlich stark und massig entwickelt ist. Je fetter, runder und voller der Rumpf einer Frucht ist, desto schwerer ist die normale Curvatur der Fruchtachse herzustellen (Ahlfeld) „es bildet dann somit die Curvatur des Fruchteies

¹) Beitrag zur Lehre von den Gesichtslagen. Breslau, 1879.

²) Ueber Gesichtslagen und Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie, I. Bd., Berlin, 1872.

³) Wullstein l. c.

⁴) Küstner, Müllers Handbuch der Geburtshilfe, 1889, p. 710.

das Segment eines größeren Kreises, das Hinterhaupt muss infolgedessen stärker hervorragen, weil der tiefste Punkt des Fruchteies nicht mehr mit der kleinen Fontanelle zusammenfällt, sondern mit einem Punkt, der sich zwischen großer und kleiner Fontanelle befindet“; der Beginn einer Deflexion wäre also schon dadurch gegeben. Diese beiden ätiologischen Momente lassen beim Hemi- oder Anencephalus eine Geburt in anderer Kopfhaltung als der Gesichtslage völlig unwahrscheinlich erscheinen.

An die beiden Fälle (Nr. 190 und 322) von Hemi- oder Anencephalie schließt sich durch Genese und Dignität ein Fall von Defectbildungen der Wirbelsäule bei einem reifen macerierten Kinde an, welcher in dem Geburtsjournal vom Jahre 1881 leider nur mit den Worten: „Wirbelsäule wie zerquetscht, zusammengepresst“ abgefertigt ist. Hand in Hand mit dem Zusammensinken der Wirbelsäule bildet sich ein excessiv lordotischer „Verlauf“ der Fruchtachse und dementsprechend muss der Kopf in starke Deflexion gerathen.

Schon bei Besprechung der Nabelschnurumschlingung streifte ich den nicht zu unterschätzenden Einfluss ausgiebiger Kindesbewegungen; diese werden begünstigt durch geringes Volumen der Frucht im Vergleich zur Größe der Uterushöhle. In erster Linie gehört hierher das Vorkommen sehr großer Fruchtwassermengen oder relative Kleinheit der Frucht. Im ganzen wurden 45 unreife Kinder ($= 13.47$ Proc.) in Gesichtslage geboren — von diesen erreichten 16 Kinder nicht das Gewicht von 2500 gr — über die Quantität des Fruchtwasser fanden sich nur zweimal Aufzeichnungen; einmal ist nur „viel Fruchtwasser“, das anderemal „sehr starker Hydramnios“ erwähnt. Jedoch wurde bisher den Aufzeichnungen über Fruchtwassermenge keine besondere Sorgfalt gewidmet und darin ist wohl die Erklärung zu suchen für das nach den vorgefundenen Angaben scheinbar sehr seltene Vorkommen größerer Fruchtwassermengen. — Um die Verhältnisse experimentell zu studieren, wie sie sich intrauterin bei kleinen, in reichlichem Fruchtwasser schwimmenden Früchten finden, wurden die folgenden Versuche angestellt: Nr. I. Eine 1500 gr schwere, 41 cm lange Frucht wurde vor Eintritt der Todtenstarre in einem 70 cm hohen und 50 cm breiten cylindrischen Gefäss allseitig frei in wässriger Kochsalzlösung von gleichem specifischen Gewicht (in diesem Falle 1008¹⁾) schwimmen gelassen. Nun wurde genau auf die Haltung des Kopfes zum Rumpfe geachtet: Das Kinn bleibt constant mehrere Centimeter weit von der Brust entfernt, und der tiefste Punkt des Kopfes entspricht genau der Gegend der großen Fontanelle.

¹⁾ v. Winckel gibt in seinem Lehrbuche (Leipzig, 1893) das specifische Gewicht des Fruchtwassers mit 1002—1016 an.

Versuch Nr. II: Ein maceriertes Kind von 800 *gr* Gewicht und 35 *cm* Länge, welches in Stirnlage geboren war, wurde unter den gleichen Verhältnissen wie in Nr. I frei schwimmen gelassen: als der tiefste Punkt stellt sich auch hier das Vorderhaupt ein und zwar die Partie, welche dem vorderen Winkel der großen Fontanelle entspricht.

Die eben angeführten, und vielfache ähnliche Versuche¹⁾ ergeben folgende Thatsache: wenn eine unreife, eventuell macerierte Frucht in einer genügenden Flüssigkeitsmenge von gleichem specifischen Gewicht frei schwimmend suspendiert ist, so stellt sich die Längsachse der Frucht, dem Gesetz der Schwere folgend, mehr oder weniger lothrecht (meist etwas schräg, einen spitzen Winkel einschließend mit der Verticalen). In einzelnen Fällen sinkt der Kopf — in der Mehrzahl aber das Beckenende nach unten, in wieder anderen Fällen schwimmt die Frucht in horizontaler Lage; ist ersteres der Fall, also entsprechend den Verhältnissen bei Kopflagen, so bildet häufig das Vorderhaupt, beziehungsweise die Stirne den tiefsten Punkt, — somit stellt sich der Kopf in mäßiger Deflexionshaltung ein.

Das Ergebnis dieser Versuche lässt sich auf den uns beschäftigenden Gegenstand in folgender Weise übertragen: bei kleinen, intrauterin abgestorbenen Früchten findet sich, wenn sie sich in Kopflage zur Geburt einstellen und eine entsprechende reichliche Menge von Fruchtwasser einen störenden Einfluss infolge von Berührung oder unmittelbarem Druck von Seiten der Uteruswandungen hindert, häufig schon im Beginn der Geburt der Kopf in Deflexionshaltung. — Es erklären und veranschaulichen somit diese Versuche das relativ häufige Vorkommen von Deflexionslagen bei Frühgeburten und macerierten Früchten.

Dass die größere Schlaffheit der Bauchdecken und des Uterus, wie wir sie bei Wiederholtgebärenden gewöhnlich finden, Lage und Haltungs-Veränderungen der Frucht beträchtlich fördert, ist bekannte Thatsache; dass nun dieser Lagenwechsel auch für das Zustandekommen einer Gesichtslage von Bedeutung ist, dafür spricht das ganz auffallende relative Ueberwiegen der Pluriparae²⁾ über die I-parae (142 : 100), insofern sich bei Mehrgebärenden viel häufiger Schräg- oder Schieflagerungen der Frucht finden.

Eine weitere Ursache für Anomalien der Haltung, welche jedoch im Kinde selbst gelegen ist, kann auf der Schlaffheit der Gelenksverbindungen bei macerierten Früchten beruhen. Dementsprechend findet sich das Häufigkeitsverhältnis der maceriert geborenen Früchte (11 auf 334

¹⁾ Genaueres über die Ergebnisse dieser Schwimmversuche wird in einer gesonderten Mittheilung berichtet.

²⁾ Vergleiche auch Wullstein: Die Gesichtslage, Inaug.-Dissert., Berlin, 1891.

Gesichtsgeburten = 3.29 Proc.), gegenüber dem von Winckel¹⁾ unter 1029 Geburten überhaupt gefundenen Häufigkeitsverhältnis der todthaulen Früchte von 2.72 Proc. etwas erhöht. Dass macerierte Kinder nicht viel öfters in Gesichtslage geboren werden, scheint im folgenden seine Erklärung zu finden: so leicht bei den schlaffen Gelenksverbindungen, der aufgehobenen normalen Haltung bei Schädellagen das Kinn sich mehr oder weniger von der Brust entfernen kann, besonders wenn noch dazu reichlicheres Fruchtwasser vorhanden ist, so leicht sich also eine Deflexionshaltung vorbereiten wird, ebenso leicht kann bei Beginn der Wehen, sobald der Fruchtachsendruck zu wirken beginnt und das Vorderhaupt einen auch nur um wenig erhöhten Widerstand findet, der dem kürzeren Hebelarm entsprechende Theil des kindlichen Kopfes, das Hinterhaupt, zum Führungspunkt werden, daher tiefer treten, wodurch die normale Flexionshaltung des Kopfes wieder hergestellt wird.

Nach Scanzoni ist Schief- oder Schräglage der Gebärmutter und Schief- oder Schräglage der Frucht, wenn die Bauchseite dem kleinen Becken zugekehrt ist, die häufigste Lage, aus welcher sich eine Gesichtslage entwickelt; die wenigen Erwähnungen in den Geburtsjournalen sind eine Folge davon, dass auf die Verbuchung dieser Umstände bisher wenig geachtet wurde. Es bedeutet daher die auffallend geringe Zahl von Angaben über Hängebauch (Fall 235), Uterus bicornis²⁾ (Fall Nr. 282 und 324, Fundus dabei sehr stark nach rechts gelagert) kein Häufigkeitsprocent, sondern nur die Zahl zufällig gemachter Notizen. Wie die Umwandlung einer Schräglage (Kindesschädel nach der dem Uterus fundus und dem Beckenende entgegengesetzten Seite abgewichen), in eine Gesichtslage erfolgt, ist unschwer ersichtlich; es braucht nur ein mäßiges Hindernis das Hinterhaupt an der Linea innominata zurückzuhalten, und das schon vorher nach abwärts sehende Gesicht tritt als führende Partie des Kopfes tiefer. Dass dabei rasches Abströmen des Fruchtwassers bei früh erfolgtem Blasensprung, leicht beweglicher Frucht, desgleichen unzweckmäßige Lagerung der Kreissenden als wichtige begünstigende Momente in Action treten können, ist einleuchtend; ist dazu unter den gleichen Umständen noch die Frucht maceriert, so wird durch das vorstürzende Fruchtwasser, begünstigt durch die Schlaffheit der Gelenksverbindungen um so leichter der Kopf mitgerissen, und dabei deflectiert werden können. — Unter unseren 334 Geburten erfolgte bei 19 (= 5.69 Proc.) vor- oder frühzeitig der Blasensprung.

Zur Beleuchtung des Einflusses, welchen der Blasensprung mit raschem Wasserabfluss auf das Herabsinken des Gesichtes haben kann, dient der folgende, unlängst beobachtete Fall:

¹⁾ v. Winckel, Berichte und Studien, Bd. II.

²⁾ v. Winckel, Lehrbuch der Geburtshilfe, 1893, p. 154 (Schatz).

Fall Nr. e, Journal-Nr. 779, J. 1893. — III-para, 31 Jahre alt, die beiden vorausgegangenen Geburten waren normal verlaufen, aufgenommen am 28. April 1893. Damaliger Befund: Einfach plattes Becken, Sp.: 27, Cr.: 30, Tr.: 32, C. ext.: $19\frac{1}{2}$, C. d.: $10\frac{1}{2}$, C. v.: $8\frac{3}{4}$, II. Schädellage, Kopf über dem Beckeneingang ballotierend. — 4. Mai 1893, Wehenbeginn 6 Uhr früh; II. Schädellage, Kopf beweglich. Der Befund bleibt unverändert, bis am 5. Mai, $1\frac{3}{4}$ Uhr morgens, rechtzeitig der Blasensprung erfolgt, mit raschem Abfluss des Fruchtwassers; sofort nach demselben wandelte sich die II. Schädellage in II. Gesichtslage um, und nach im ganzen $20\frac{1}{2}$ stündiger Geburtsdauer wurde ein 3320 gr schweres, 53 cm langes Mädchen spontan geboren. Kopfmaße: Diameter fo = 12, Diam. mo = 13, Diam. sbbrg = 10, Diam. bipar = 9, Diam. bitemp = 8, Periph. frntooc. = 34, Periph. mentooccip. = 35.5. Von der Umwandlung in die Gesichtslage nach erfolgtem Blasensprung bis zur Vollendung der Geburt des Kindes waren nur $\frac{3}{4}$ Stunden verstrichen.

Allerdings ist dieser Fall nicht vollkommen einwandfrei, da noch ein anderes Moment, nämlich die Abplattung des Beckens hier mitgewirkt haben kann; die Umwandlung von Schädel- in Gesichtslage gieng jedoch so auffallend rasch, in unmittelbarem Zusammenhange mit dem Wasserabfluss von staten, dass diesem Momente mindestens ein bedeutender mitbegünstigender Einfluss auf Entstehung der Deflexion eingeräumt werden musste.

Dass die geringe physiologische Dextroversion einen wirklichen Einfluss auf die Entstehung der Gesichts- und Stirnlagen besitze, lässt sich kaum als wahrscheinlich annehmen; soviel mindestens geht aus unseren Zahlen hervor, dass deren Bedeutung gewiss überschätzt wurde, indem die I. Gesichtslage mehr als doppelt so häufig als die II. Gesichtslage beobachtet wurde; wie in dem statistischen Theile angeführt, verhielt sich ja die Häufigkeit der I. Gesichtslage zur II., wie $221 : 105 = 2.2 : 1$.

Bezüglich der sub e) nur hypothetisch angenommenen Zügelwirkung der Nabelschnur wäre folgendes zu sagen: Vorbedingung ist, dass die Nabelschnur straff gespannt, nachdem sie sich eventuell mehr oder weniger oft um den Hals geschlungen hatte, über das Gesicht und speciell die Stirne verläuft. Beginnt nun die Weenthätigkeit und wird die Frucht durch den in der Richtung von oben nach unten wirkenden Fruchtachsendruck nach abwärts getrieben, so kommt die erwähnte Zügelwirkung in der Art zur Geltung, dass Stirne und Schädel des Kindes durch die gespannte Nabelschnur zurückgehalten werden, die nach Beginn der Wehen mehr gestreckte Fruchtachse aber in entgegengesetztem Sinne abgebogen, also gegen die Bauchseite hin convex, der Kopf deflectiert, und die weitere Geburt nach dem Mechanismus der Gesichtslagen beendet wird. Es genügt, wenn diese Zügelwirkung nur im Beginne der Geburtsthätigkeit vorgeherrscht hat, um die anormale Kopfhaltung zu erzeugen, beim Tiefortreten des Kopfes braucht nur die Nabelschnur nach einer oder der anderen Seite hin abzugleiten, um das Kind, ohne dass der Placentarkreislauf durch Compression der Nabelschnur zwischen Stirne und Becken oder durch

vorzeitige Placentalösung (durch Zerrung) gefährdet würde, in Gesichtshaltung austreten zu lassen. Selbstverständlich kann immer noch, nachdem einmal die Hemmung beseitigt ist, selbst am Beckenboden die normale Flexionsstellung des Kopfes, also Umwandlung in Hinterhauptslage, eintreten. Diese von Winckel (siehe Ahlfeld, Entstehung der Gesichts- und Stirnlagen, pag. 81) aufgestellte Hypothese hat sehr viel Wahrscheinlichkeit für sich, ist also gewiss nicht von der Hand zu weisen und darum sei derselben an dieser Stelle ausführlicher erwähnt. In manchen Fällen von Gesichtsgeburten, bei denen sich sonst keinerlei Entstehungsursache nachweisen lässt, mag an diese Verhältnisse gedacht werden.

Ad B. Unter den Momenten, welche ein Hängenbleiben des Hinterhauptes bedingen, tritt uns an erster Stelle als wichtigstes Moment das Missverhältnis zwischen Kindesschädel und mütterlichem Becken entgegen.

An erster Stelle ist die Frage zu erledigen, ob auch in unseren Fällen von Gesichtslagengeburten das enge Becken so häufig gefunden wurde wie unter den von Spiegelberg, Winckel, Ahlfeld und Walther mitgetheilten Fällen. Walther¹⁾ beobachtete bei seinen Gesichtslagengeburten unter 31 Becken 16 geradverengte (= 51.6 Proc.). — Als Normalmaße hatte er für die Distantia spinarum ant. sup. 26 cm, für den Abstand der Cristae 29 cm, für die Conjugata extern. 20.25 cm angenommen; dieselben Maße lege ich der Beurtheilung unserer Becken zugrunde²⁾; außerdem nehme ich für die Conj. diagonalis 12.5 cm und für die Conj. vera 11 cm als normale Größen an. Unter diesen Voraussetzungen fand ich unter 334 Becken 44 meist leicht verengte Becken (= 13.47 Proc.); davon sind 42 gerade verengt und nur 2 allgemein verengt. Dabei darf nicht vergessen werden, dass in den Geburtsprotokollen bis zum Jahre 1889 die Angaben über die Beschaffenheit der Becken häufig lückenhaft sind. Die Becken wurden nämlich damals oft erst dann gemessen, wenn Abnormitäten im Geburtsverlauf den Verdacht auf eine Beckenanomalie lenkten; dass bei diesem Vorgehen ein großer Theil der Verengerungen leichteren und leichtesten Grades übersehen werden musste, liegt auf der Hand.

Von nicht geringerer Wichtigkeit für ein relatives Missverhältnis zwischen Kindesschädel und Becken ist die Größe des ersteren. Wie aus dem statistischen Theile und der Tabelle über die Schädelmaße er-

¹⁾ Walther l. c.

²⁾ Nur um einen genaueren Vergleich zwischen meinen Zahlen und den Beobachtungen an der v. Winckel'schen Klinik (Walther) zu ermöglichen, habe ich auch solche Becken als verengt mitgerechnet, bei welchen nur eine mäßige Verkürzung der Conjug. externa notiert war, also von 19 cm Conj. ext. abwärts. Gleichzeitig verwahre ich mich jedoch gegen die eventuelle Zumuthung, als würde ich diesem so unverlässlichen Beckenmaße eine größere Bedeutung beilegen.

sichtlich, sind die weitaus meisten Gesichtslagenkinder groß und kräftig entwickelt, der Frontooccipital-Umfang beträgt hier im Mittel 35.7 cm, während er gewöhnlich 34.5 cm misst. Selbstredend gehören in diese Rubrik aetiologischer Momente auch die beiden Fälle (Nr. 64 und 167) von mäßigem Hydrocephalus.

Eine Raumbeschränkung des Beckeneinganges kann zustande kommen durch fehlerhafte Haltung, besonders durch Vorfall einer Extremität, meist einer Hand. In unseren Fällen fand sich diese Anomalie nur viermal notiert (= 1.19 Proc.). Vorfall der Nabelschnur, oft eine Folge der bei Gesichtslagen häufig sich findenden Beckenverengerung, fand sich fünfmal (= 1.49 Proc.). Diese Complication dürfte wohl aus den gleichen Gründen, wie sie bei Besprechung der Umschlingungen angegeben wurden, für die Aetiologie meist von geringem Werte sein.

Nicht nur der Vorfall einer Extremität, auch eine vorübergehende Vorlagerung kann Ursache des Zurückbleibens des Hinterhauptes sein. Ich selbst beobachtete dreimal (unter circa 15—20 Gesichtslagen), bei beweglich über dem Beckeneingange stehendem Schädel die Vorlagerung einer Hand — als nach erfolgtem Blasensprung wieder untersucht wurde, hatte sich die Hand wohl zurückgezogen, aber die Schädellage war indessen in Gesichtslage übergegangen. Wo sich sonst kein recht plausibler Grund für das Zustandekommen einer Deflexionsstellung auffinden lässt, möge immer an diese so häufig übersehene, vorübergehende Haltungsanomalie gedacht werden.

In ähnlicher Weise durch Raumbeschränkung des Beckeneinganges könnten Geschwülste der Kleinbeckenorgane an dieser Stelle wirken, und ebenso tiefer Sitz der Placenta. Bezüglich der ersteren finden sich unter unseren Gesichtslagen keine einschlägigen Fälle, sehr selten scheint auch die letztere Anomalie bei Gesichtslagengeburten vorzukommen — in der Literatur fand ich nur einen Fall von Ahlfeld beschrieben, unter unseren Fällen ist einmal (Nr. 33) „tiefer Sitz der Placenta“, ein andermal (Nr. 165) „Placenta praevia lateralis“ notiert.

Dass eine bedeutende Verlängerung des Hinterhauptes, somit auch des sonst kürzeren Hebelarmes, ein Hängenbleiben des Occiput, und infolgedessen die Deflexion des Kopfes mit sich bringen muss, ist einleuchtend, dies wurde auch in zwei Fällen beobachtet. Beidemale handelte es sich um eine apfelgroße Encephalocoele (F. Nr. 88 und 230), welche ihren Ausgang von der kleinen Fontanelle genommen hatte und das Hinterhaupt um dieses bedeutende Stück verlängerte.

Etwas anderes ist es mit dem von Hecker¹⁾ warm vertretenen Einfluss der dolichocephalen Schädelform, — das Studium unserer Fälle gibt darüber keinerlei Auskunft.

¹⁾ l. c.

Das Resultat der von Hecker¹⁾ und Hildebrand, sowie einiger in den letztbeobachteten Fällen an der Klinik angestellten Nachmessungen war (und mit dessen Ergebnissen stimmt wohl die Erfahrung jedes Geburtshelfers überein, der eine große Anzahl Gesichtslagen zu beobachten Gelegenheit gehabt hat), dass zumeist die dolichocephale Schädelform in den ersten zehn Tagen wohl etwas zurückgieng, aber selten gänzlich verschwand.

Es bleibt nun eben die Frage unbeantwortet: ist die Schädelform schon vor Beginn der Geburtsthätigkeit dolichocephal gewesen, und ist nur das Plus an Verlängerung, welches durch den Gesichtslagenmechanismus bedingt war, zurückgegangen, oder ist die ganze Formveränderung ausschließlich auf Rechnung der Configuration während der Geburt zu setzen? Ein apodictisches Urtheil in einem oder dem anderen Sinne zu fällen, dürfte hier kaum möglich sein; der subjectiven Anschauung muss daher auch weiterhin die Entscheidung im einzelnen Falle überlassen bleiben. Sicher steht nur: ist congenital Dolichocephalie vorhanden, so ist darin gewiss unter sonst vollkommen gleichen Umständen ein begünstigendes Moment für die Deflexion des Kopfes zu sehen — mehr jedoch lässt sich nicht behaupten.

Abnorme Vergrößerung des Kopf- und Thorax-Umfanges, oder beider zugleich bei relativ normaler Länge der Frucht, mit anderen Worten, eine relativ übermäßige Entwicklung des Körperumfanges und Gewichtes im Vergleich zu seiner Länge, wurde von Ahlfeld als begünstigendes Moment, wie schon früher erwähnt, hervorgehoben und von Meyr und Fränkl bestätigt. Auch bei unseren Gesichtslagenkindern überwiegt das Durchschnittsgewicht ziemlich auffallend über die mittlere Länge, nämlich $3206 : 50_{.15}$, oder wie $6392 : 100$, anstatt des gewöhnlichen Verhältnisses von $3030 : 49_{.5}$ oder $6121 : 100$.

Ob aber nicht doch häufig der eigentliche Einfluss auf die Entstehung der Gesichtslage, der stärkeren Entwicklung des Kindeskopfes, seines Umfanges, seiner Durchmesser, und dem dadurch geschaffenen Missverhältnis zwischen Kindeskopf und normalem, oder gar verengtem Becken zukommt, lässt sich nicht mit Sicherheit für jeden Fall von der Hand weisen, wenn es auch gewiss nicht immer der Fall sein dürfte.

Um den Vergleich zwischen Kindeschädel und mütterlichem Becken in einzelnen Fällen zu veranschaulichen, sind die Maße einer Anzahl von Becken und der durch dieselben in Gesichtslage durchgetretenen Schädel in nachfolgender Tabelle zusammengestellt und ist speciell auf das Verhältniss der Conjugata vera zu dem queren Durchmesser des Schädels Rücksicht genommen.

¹⁾ l. c. p. 32.

Vergleichende Uebersicht über enge Becken und die in Gesichtslage durch dieselben hindurchgetretenen Kindesschädel.

B e c k e n						K i n d e s s c h ä d e l										
Nummer	Distantia spinar.	Distantia crist.	Conjug. externa.	Conjug. diag.	Conjug. vera.	Differenz unserer Maasse mit dem Normalmaass der Conjug. ext. von 20,25 cm	Diameter frontooccipit.	Diameter mentooccipit.	Diameter bipariet.	Diameter bitemporal.	Diameter suboccipito-bregmatic.	Circumferentia frontooccipit.	Circumferentia mentooccipit.	Circumferentia suboccipito-bregmatic.	Differenz zwischen Conjug. vera und Diameter bipariet.	
1	—	—	—	10 ₅	9 _{7.5}	—	12 ₅	13 ₅	9 ₂	8	9	36 ₅	—	—	(—) 0 ₂	
2	—	—	—	9 ₂₅	7 ₅	—	—	—	7 De-press.-stelle ¹⁾	7	—	—	—	—	(—) 0 ₅	
3	—	—	—	8 ₇₅	7	—	11	—	—	8	—	33	—	—	—	
4	—	—	—	10	8 ₂₅	—	Frühgeburt von IX. L.-M., Gewicht 2600 gr	13	—	—	—	37	—	—	—	
5	—	—	—	10 ₇₅	9	—		14 ₂	—	9 ₃	7.1	—	39	—	—	(—) 1 ₀₅
6	27	30	17	10	8 ₂₅	3 ₂₅		13	—	9 ₅	8 ₅	8 ₅	35	—	—	(—) 1
7	25	27	18	10 ₅	8 ₅	2 ₂₅		12	14	8 ₅	7.5	8 ₅	36	—	—	—
8	24	26	17	—	—	2 ₂₅		11	13	8 ₅	7.5	9	32	31	29 ₅	—
9	28	30	18	—	—	2 ₂₅		12	13	8 ₅	7.5	10	—	—	—	—
10	27	30	18	—	—	2 ₂₅		12	13	10	8	9	36	39	34	—
11	24	28	19	—	—	1 ₂₅		13 ₅	13	9 ₅	8	9	36 ₅	38	30	—
12	23	27	19	—	—	1 ₂₅		13	13 ₅	9 ₅	7.5	9	37	36	31 ₅	—
13	25 ₅	27 ₅	19	10 ₅	9	1 ₂₅		12	13 ₅	9 ₅	8	9 ₅	37	37 ₅	30 ₅	(+) 0 ₇₅
14	26	30	18 ₅	12	10 ₂₅	1 ₇₅	13 ₅	13 ₅	9 ₅	7	9	—	—	—	—	
15	27	31	19	—	—	1 ₂₅	13	13	9	8	9 ₅	—	—	—	—	
16	25	27	19	—	—	1 ₂₅	13	12 ₅	8	7	6	—	—	—	—	
17	20 ₅	23	17 ₅	11	9 ₂₅	2 ₇₅	13	13 ₅	7	7	9	—	—	—	(+) 1 ₂₅	
18	24	27	18	—	—	2 ₂₅	12	12 ₅	7 ₅	7 ₅	—	—	—	—	—	

¹⁾ Bedeutende Schädelimpression in der Gegend des biparietalen Durchmessers, daher derselbe nur 7 cm beträgt.

Wir sehen, dass der biparietale Durchmesser in zwei Fällen kleiner, einmal gleich und bei vier Schädeln größer als die Conjugata vera ist; dieses mäßige Ueberwiegen, um 0.2 cm, 0.5 cm, 1 cm und 1.05 cm, kann primär sowohl wie secundär die Entstehung einer Gesichtslage veranlassen oder begünstigen (Küstner¹). Die größte Breite hat das Hinterhaupt in der Verbindung der Tubera parietalia; ihre Verbindungslinie, der biparietale Durchmesser, liegt bei jedem Schädel im Bereiche des hinteren Hebelarmes. Findet nun der große quere Schäeldurchmesser wegen bestehenden Missverhältnisses, wie in den erwähnten vier Fällen, einen erhöhten Widerstand, so bleibt die Gegend der Tubera an dem Beckeneingang hängen und der Fruchtachsendruck wird zuerst die vorderen Partien des Schädels nach abwärts treiben und dadurch gleichzeitig das Kinn von der Brust entfernen. Weil zum Zustandekommen dieser Vorgänge nur ein ganz mäßiges Missverhältnis zwischen Kindeskopf und mütterlichem Becken erforderlich ist, so haben wir in dieser Erklärung eine sachliche Begründung für das Zustandekommen der Deflexionslagen im allgemeinen.

Ein Einfluss sehr straffer mütterlicher Weichtheile, wie sie sich besonders bei alten Erst-Gebärenden finden, auf Bildung von Deflexionshaltungen „durch Anstemmen des Hinterhauptes oder der Stirn am inneren oder äußeren Muttermund (Ahlfeld)“, ist für unsere Fälle wohl mit Bestimmtheit auszuschließen. Weder finden wir dementsprechend ein Ueberwiegen der Erst-Gebärenden überhaupt, noch etwa der sogenannten „alten Erst-Gebärenden“, im Gegentheil überwiegen unter unseren 334 Fällen die 196 Wiederholt-Gebärenden bedeutend über die 138 Erst-Gebärenden — und unter den letzteren fanden sich nur 8 (auf die Gesamtzahl von 334 bezogen, 2.39 Proc.), welche 30 oder mehr Jahre alt waren. Auch Winckel ließ in seinem Lehrbuch (1893) dieses ätiologische Moment fallen, während er im II. Band der Berichte noch sagt: „alte I-parae zeigen eine besondere Prädisposition zu Gesichtslagen“.

Außer den eben angeführten muss die Berechtigung vieler anderer, von verschiedenen Autoren angegebener, begünstigender Momente gewiss für manche seltenere Fälle zugegeben werden, so z. B. bei dem Falle von Winckel eine sehr große Sacralgeschwulst des Kindes, ferner Hydrothorax der Frucht, desgleichen, wie erwähnt, Geschwülste der inneren Genitalien, z. B. Uterus-Myome und Ovarialcysten, dann übermäßige Füllung der Harnblase der Mutter (Ahlfeld) u. a. Keines dieser Momente ist unter unseren Gesichtslagen beobachtet worden, es genügt daher deren Aufzählung.

¹) Küstner, l. c., p. 709.

Wie sich also aus dem über die Aetiologie dieser Haltungsanomalie Gesagten ergibt, scheidet sich die Mehrzahl der ätiologischen Momente naturgemäß in diejenigen, welche beim reifen Kinde eine Deflexionshaltung begünstigen, oder direct erzeugen, und solche, welche bei sehr kleinen Kindern, Frühgeburten und macerierten Früchten eben dieselbe Haltung bedingen; — es wären sonst die anscheinend widersprechenden Angaben früherer Beobachter unverständlich durch die Schroffheit scheinbar ganz entgegengesetzter Beobachtungen. Während beispielsweise im allgemeinen bei Gesichtslagen besonders Größe der Kinder als gewöhnlicher Befund angegeben wird, betont Ahlfeld¹⁾: Als prädisponierendes Moment auch „abnehmende Größe der Frucht“.

Betreffend unser Materiale finden wir bei großen Kindern als häufigste Ursachen Missverhältnis zwischen Kindeschädel und Becken. Daher gehört an erster Stelle die relative Häufigkeit von Beckenverengerung, bedeutende Größe des Schädels, Vorfall oder auch vorübergehende Vorlagerung kleiner Theile, außerdem Verlängerung des Hinterhauptes durch Geschwülste, vielleicht auch angeborene Dolichocephalie. — Dazu kommen noch Schieflagerung des Uterus, Uterus bicornis, Hängebauch und relativ geringe Länge der Frucht im Vergleich zu sonstiger kräftiger Entwicklung des Körpers. Als wichtiges Hilfsmoment ist dabei zu erwähnen: plötzliches Abströmen des Fruchtwassers bei früh- oder vorzeitigem Blasensprung.

Speciell für kleine Früchte haben alle jene Momente ätiologische Bedeutung, welche die physiologische Haltung der Frucht aufheben und die Beweglichkeit derselben bedeutend steigern: viel Fruchtwasser, Hydramnios²⁾, (dieses Moment wirkt ja sogar bei reifer, großer Frucht, Stellungsveränderungen begünstigend, ein), Kleinheit der Frucht (Häufigkeit der unzeitigen²⁾ Kinder), Schlaffheit der Bauchdecken bei Wiederholt-Gebärenden; im Zusammenhang damit Ueberwiegen dieser über die Zahl der I-parae, Mangel der physiologischen Haltung durch Schlaffheit der Gelenkverbindungen, (macerierte Früchte, 3.₂₉ Proc.²⁾). Auch hier wird vor- oder frühzeitiger Fruchtwasserabfluss und die Lagerung der Frau eine wichtige Rolle spielen.

Als für große und kleine Früchte gemeinsam zutreffend, müssen jene Momente aufgefasst werden, welche schon vor Beginn irgend einer Wehenthätigkeit, beispielsweise durch Zwischenlagerung irgend einer Masse, sei es ein Tumor der Schilddrüse, ein heraufgeschlagener Arm, ein Convolut Nabelschnurschlingen (?), zwischen Kinn und Brust, rein mechanisch, eine Deflexion bedingen.

¹⁾ Ahlfeld: Die Entstehung der Stirn- und Gesichtslagen, p. 27.

²⁾ Siehe Schwimmversuche, p. 21.

Desgleichen werden sowohl reife als unzeitig geborene Früchte mit Defectbildungen am Schädel (Anencephali) und der Wirbelsäule wohl meist in Gesichtslage geboren werden.

Unter unseren 334 Fällen von Gesichtslage kamen 310 nach dem gewöhnlichen Geburtsmechanismus zum Durchtritt durch die Vulva.

Einmal war die Drehung unvollständig, das Kinn blieb ganz seitlich stehen, und in dieser Weise, also mit querstehendem Gesichte, erfolgte der Austritt (Fall Nr. 88).

Zweimal trat der Kopf abnorm rotiert, mit nach hinten gerichtetem Kinn durch die Schamspalte aus (siehe unten Fall Nr. 169 und 186).

Die noch fehlenden 21 Fälle mussten ausgeschaltet werden, weil bei zweien keine Angaben über die Art der Rotation vorgefunden wurden, und bei den übrigen 19 Fällen die Geburt theils durch Wendung auf das Beckenende, theils durch Craniotomie beendet worden war, diese somit für die Beurtheilung des Geburtsmechanismus belanglos geworden waren.

Der großen Seltenheit wegen, in welcher Mittheilungen über Gesichtslagegeburten mit nach hinten gerichtetem Kinn sich in der Literatur finden, dürften die folgenden Geburtsgeschichten an Interesse gewinnen:

Fall Nr. 169, Journal-Nr. 145 im J. 1884: 37jährige I-para, Becken normal, Beckenmaße nicht angegeben, I. Gesichtslage. Eröffnungsperiode dauert wegen Rigidität des Cervicalcanals 96 Stunden, die Austreibungsperiode nur 5 Stunden. Forceps an dem abnorm rotierten Gesicht, Kinn also nach hinten gerichtet, Entwicklung eines todtten reifen Knaben von 3070 gr Gewicht und 52 cm Länge, incompleter Dammriss, Wochenbett fieberhaft, Parametritis, und exitus letalis an Puerperalfieber.

Fall Nr. 186, Journal-Nr. 2307, in demselben Jahre: 27 Jahre alte II-para, die eine vorausgegangene Geburt angeblich normal, Becken normal, Beckenmaße nicht angegeben, II. Gesichtslage, Eröffnungsperiode 15 Stunden, Austreibungsperiode $1\frac{1}{2}$ Stunde, *spontane* Geburt eines ausgetragenen 4000 gr (!) schweren und 52 cm langen, lebenden Knaben, Gesicht abnorm rotiert, zuerst wird die Stirne unter dem Schambogen sichtbar, dann tritt das Kinn über den Damm und jetzt folgt das Hinterhaupt unter der Symphyse austretend. Kein Dammriss angegeben, Wochenbett afebril, Mutter und Kind am 10. Tage post partum gesund entlassen.

Zu diesem Falle, den ich mit aller Reserve mittheile, muss ich jedoch gleich bemerken, dass diese Geburt von *keinem Arzte* der Anstalt beobachtet worden war; es ist in dem Geburtsjournale eigens bemerkt: „Geburt wurde nur von den beiden allerdings sehr verlässlichen und tüchtigen Schulhebammen W. und Th. geleitet“; — leider ist daher dieser sonst nahezu als Unicum dastehende Fall nicht als sichergestellt aufzufassen; Fall Nr. 169 dagegen dient als Beleg dafür, dass es möglich ist, ein unverkleinertes reifes Kind von 3070 gr Gewicht und 52 cm Länge unter Kunsthilfe (Forceps) mit abnorm rotiertem Gesicht zu entwickeln.

Wegen der bedeutenden Unterschiede in der Prognose, dürfte es besser sein, auch in diesem Capitel die Gesichts- und Stirnlagengeburten gesondert zu besprechen.

A. Gesichtslagen.

Unter unseren Gesichtslagengeburten werden von Verletzungen, welche während der Geburt zustandekommen, als 1. Fistelbildungen, 2. Schleimhautrissen, 3. Dammrissen und 4. Uterusrupturen, uns nur die letzteren zwei beschäftigen.

ad 1. F i s t e l b i l d u n g e n kamen in keinem Falle vor, obwohl eine Geburt 113, eine andere sogar 225¹/₂ Stunden gedauert hatte.

ad 3. Von einem genaueren Bericht über Schleimhautrisse des Vorhofs und der Vagina musste abgesehen werden.

ad 3. Unter den 334 Gesichtslagengeburten sind 26 incomplete Rupturen des Dammes (= 7.79 Proc. Dammrisse) verzeichnet.

Schultze¹⁾ führt in seiner Arbeit drei Bedingungen für die möglichst schonende Ausdehnung der Schamspalte an. Die erste bezieht sich auf das Größenverhältniss des durchtretenden Kindes zur Schamöffnung, die zweite Bedingung ist, dass der Damm die nöthige Zeit haben müsse, um seine Elasticität zur Geltung zu bringen, die dritte fordert eine gleichmäßige Vertheilung des Druckes auf die Peripherie der Schamspalte. Hierher gehört die Beobachtung, dass wohl geringe Beckenneigung und flaches Kreuzbein, nicht aber starke Neigung des Beckens zu Rupturen des Dammes disponieren. Zu diesen drei Bedingungen fügt nun Hecker²⁾ eine vierte.

Er betont als wichtiges ursächliches Moment für das Zustandekommen von Dammrissen eine vorhandene pathologische Beschaffenheit der Dammgebilde.

Leider bin ich auf Grund der Geburtsjournale nicht in der Lage, bei Besprechung der Dammrisse für die beiden letzteren Bedingungen Belege beizubringen, weil über Beckenneigung und Beschaffenheit des Dammes keine Aufzeichnungen vorhanden sind.

Durchmustert man jeden einzelnen unserer Fälle, bei welchen der Damm einriss, und forscht man in dem betreffenden Falle nach den speciell vorhandenen Ursachen dieser Verletzung, so findet man in den Geburtsjournalen nur Angaben über: Größenverhältniss zwischen

¹⁾ Schultze: Ueber Erhaltung und Zerreißung des Dammes bei der Geburt. — Monatsschr. für Geburtsk. und Frauenkr. Bd. XII., Heft 4.

²⁾ Hecker, Klinik der Geburtskunde, Leipzig, 1891, p. 142.

Kindesschädel und Becken, über Schnelligkeit des Durchtrittes des Schädels durch den Geburtsanal, und Beschaffenheit des Dammes, insoweit er bei Erst- und Wiederholt-Geschwängerten verschieden günstige Chancen in Bezug auf Dehnbarkeit und Widerstandskraft bietet.

Punkt 1. Größenverhältnis der Frucht zur Schamöffnung; — hier kommt absolute Größe des kindlichen Kopfes, Durchmesser und entsprechender Umfang, mit dem der Kopf und später die Schultern durch die Schamspalte treten, in Betracht.

Die durchschnittliche absolute Größe der Kinder überschritt in unseren Fällen das Mittel von 3030 gr (Walther¹) um 107 gr; viel geringer, jedoch immer noch zu Gunsten unserer Gesichtslagen, ist der Unterschied des gefundenen Durchschnittswertes gegenüber dem von Spiegelberg angegebenen Normalgewicht von 3128 gr.

Eine brauchbare Uebersicht betreffs des Verhältnisses zwischen Größe der in Gesichtslage geborenen Kinder und den dabei erfolgten Dammrissen gibt die nachfolgende Zusammenstellung, welcher das höhere Normalgewicht, respective 3130 gr zugrunde gelegt ist.

Von diesem Standpunkte aus lassen sich die Einzelgewichte der Kinder, bei deren Geburt Dammrisse erfolgten, auch mit Rücksicht auf Beschaffenheit des Dammes und operative Eingriffe in nachstehender Weise gruppieren. Im ganzen handelt es sich um 26 Gesichtslagengeburten, das Einzelgewicht der Früchte schwankt zwischen 2720 gr und 4040 gr, mehr als die Hälfte überschritt 3000 gr.

Das angenommene Mittel von 3130 gr wurde nicht erreicht von 17 Kindern; davon entfallen auf Erst-Gebärende 16, auf Wiederholt-Gebärende 1; 12 von diesen Geburten waren spontan, 5 unter Kunsthilfe verlaufen.

3130 gr bis 4000 gr inclusive wogen 8 Kinder; davon entfallen auf Erst-Gebärende 7, auf Wiederholt-Gebärende 1; 7 Geburten verliefen spontan, 1 unter Kunsthilfe; über 4000 gr wog 1 Kind; die Mutter war eine Erst-Gebärende; die Geburt wurde operativ beendet.

Man sieht daraus, dass die Kinder ausnahmslos reif und durchschnittlich stark entwickelt waren. Durch Kunsthilfe beendet worden sind 26,9 Proc. der Geburten und zwar 6 durch den Forceps und 2 durch Craniotomie; am augenfälligsten ist aber, dass nahezu die sämtlichen von Dammrissen Betroffenen Erst-

¹) l. c.

Gebärende sind; unter 26 Dammrissen 24 bei Erst-Gebärenden, nur 2 bei Wiederholt-Gebärenden.

Bei unseren Gesichtslagen riss also der Damm zwölfmal häufiger bei Erst-, als bei Wiederholt-Gebärenden ein. Dieser Befund stimmt überein mit der folgenden Mittheilung Heckers¹⁾. Unter 42 Frauen, bei denen Dammrisse vorkamen, welche, ohne Rücksicht auf bestimmte Kindeslage oder Geburtsmechanismus, in der Reihenfolge, wie sie sich eben ereignet hatten, besprochen sind, fand Hecker 39 Erst- und 3 Mehr-Gebärende, das Verhältniß betrug demnach 13 : 1.

Es bestätigt sich somit auch bei unseren Gesichtslagen die alte Erfahrung, dass der Damm Erst-Gebärender zu Rupturen unverhältnismäßig häufiger prädisponiert ist, als bei Mehr-Gebärenden.

Große Wichtigkeit möchte ich sodann der zweiten Bedingung Schultzes, dass der Damm die nöthige Zeit haben müsse, seine Elasticität zur Geltung zu bringen, beilegen.

Der Damm hat bei den Gesichtslagen länger Zeit allmählich vorbereitet zu werden und darin scheint der Grund zu liegen, dass selbst bei einer größeren Zahl gerade der größten und schwersten Kinder der Damm nicht einriss; ein großer, weniger configurationsfähiger Kopf und wir haben es ja hier überwiegend mit großen Kindern zu thun, wird eben selbst bei kräftigen Wehen nur langsam den Widerstand des Beckenbodens überwinden, wodurch die Weichtheile reichlich Zeit gewinnen zur entsprechenden Auflockerung; findet dann der Durchtritt des Gesichtes durch die Schamspalte bei rationeller Ausübung des Dammschutzes ebenfalls langsam statt, so ist damit die zweite Bedingung Schultzes ausreichend erfüllt. — Dieser Vortheil geht bei operativ, also meist viel rascher beendeten Geburten selbstredend größtentheils verloren und diesem Umstande ist ein erheblicher Theil der Schuld an der größeren Häufigkeit von Dammverletzungen nach Kunsthilfe zuzuschreiben.

Wegen der in den letzten Jahren principiellen möglichsten Beschränkung der inneren Untersuchung Kreissender bin ich nur in der Lage über diejenigen Fälle von Dammruptur in Hinsicht auf die Dauer der Austreibungsperiode im Einzelfalle Auskunft zu geben, welche sich vor dem Jahre 1886 ereignet hatten; es sind deren im ganzen zehn; — drei davon, bei welchen nur die Gesamtdauer der Geburt notiert ist, entfallen, bei vier Fällen mit spontanem Geburtsverlauf schwanken die Angaben über die Austreibungsperiode zwischen 0.₅ und 2.₅ Stunden, dreimal wurde die Zangen-

¹⁾ Hecker, Klinik der Geburtskunde, 1861, p. 144.

extraction ausgeführt — je einmal nach 0.₅, 2.₅ und 5-stündiger Dauer der Austreibungsperiode — in dem letzten Falle (Nr. 169) wurde das Kind fünf Stunden nach dem Verstreichen des Muttermundes mit nach hinten gerichtetem Kinn mittels Forceps entwickelt. — Auffallend ist, dass nur einer der spontan verlaufenen Fälle (Nr. 203) mit 0.₅-stündiger Austreibungsperiode Berechtigung gibt, die Kürze der Zeit für das Reißen des Dammes mit einiger Wahrscheinlichkeit verantwortlich zu machen, die übrigen drei Fälle zeigen normale Dauer. Es bliebe da noch zu entscheiden, ob der Kopf jedesmal mit dem entsprechenden günstigsten Umfang zum „Durchschneiden“ kam und mit welcher Geschwindigkeit gerade das Durchschneiden erfolgte. Man muss eben daran denken, dass die Angaben über die Dauer der ganzen Austreibungsperiode, nur einen ungefähren Maßstab geben können; denn erst die Zeit, in welcher der Kopf den Damm vorzuwölben beginnt, kommt für dessen Vorbereitung und allmähliche Dehnung in Betracht. Außerdem kommt noch in Frage, ob ein rationeller Dammschutz angewendet wird, ob der Kopf eben mit größerer oder geringerer Geschwindigkeit durch die Schamspalte tritt, und welcher Punkt des kindlichen Kopfes sich an dem Schambogen anstemmt, ob also bei Gesichtslagen das Kinn zeitig genug unter dem Schambogen vorkommt.

Nehmen wir noch an, dass der submento-occipitale Durchmesser und der entsprechende Umfang, trotz der nicht zu vernachlässigenden Compression der Weichtheile, am Halse immerhin noch größer¹⁾ ist, als der bei Hinterhauptslage in Betracht kommende suboccipito-frontale, und dass der Damm im allgemeinen überhaupt nicht allzuselten eine pathologische Beschaffenheit, leichte Zerreiblichkeit zeigt, so haben wir Momente genug, welche für das Zustandekommen einer Ruptur verantwortlich gemacht werden können. Meist liegt gerade im Zusammentreffen mehrerer der erwähnten Momente die Ursache, weshalb ein sonst normaler Damm bei Durchtritt eines nicht übermäßig großen Kopfes dennoch einreißt. — Nach dem eben Gesagten wäre die Zahl von 7.₇₉ Proc. Dammrisen als außergewöhnlich niedrig zu bezeichnen. Da jedoch diese Zahlen, welche aus den Protokollen früherer Jahre gewonnen wurden, nicht mit Sicherheit als verlässlich angesehen werden können, so sollen zum Vergleiche mit den Angaben anderer Autoren nur die verzeichneten Beobachtungen aus den letzten drei Jahren verwertet werden. In diesen letzteren Jahren fanden 54 Gesichtslagengeburten statt, 18 bei Erst-Gebärenden, 36 bei Wiederholt-Gebärenden, dabei ereigneten sich neunmal Dammrisse (= 16.₇ Proc.).

¹⁾ Torggler: Ueber die Gefährdung des Dammes durch Gesichtslagengeburten. Centralblatt für Gynäkologie, 11. Jahrg., 1887.

Von den 18 Erst-Gebärenden erlitten 8 Einrisse des Dammes = 14.₈₁ Proc., von den 36 Wiederholt-Gebärenden erlitt 1 einen Einriss des Dammes = 1.₈₅ Proc., zusammen 16.₇ Proc. Dammrisse.

Schröder fand im allgemeinen: bei Primiparen 34.₅ Proc. Dammrisse, bei Pluriparen 9 Proc. Dammrisse, zusammen 43.₅ Proc. Dammrisse.

Olshausen bei I-paren 21 Proc., bei Pluriparen 4.₇ Proc., zusammen 25.₇ Proc., Winckel 20 Proc., Hildebrandt 7.₂ Proc. und Hecker 3.₆ Proc.

Betreffs unserer Gesichtslagen ergeben die Zahlen, welche seit Einführung genauer Aufzeichnungen gewonnen wurden, günstigere Resultate als diejenigen von Schröder, Winckel und Olshausen; dagegen allerdings ganz auffallend ungünstigere Resultate als Hecker und Hildebrandt sie angeben; und es entsteht nur die Frage, ob auch bei diesen beiden Autoren alle, selbst ganz kleine Dammrisse mitgerechnet wurden?

Vergleicht man unsere für Gesichtslagen gefundenen Werte mit den von Schröder und den anderen oben genannten Autoren für Geburten überhaupt, (ohne Rücksicht auf einen bestimmten Geburtsmechanismus) mitgetheilten Zahlen, so ergibt sich der Schluss, dass die Gesichtslage als solche, nicht als eine zu Dammrissen besonders prädisponierende Kopfhaltung angesehen werden könne.

ad 4. Von Verletzungen der Mutter während der Geburt kamen außer den Einrissen des Dammes unter den 334 Gesichtslagengeburten noch zwei perforierende Uterusrupturen zur Beobachtung, die Fälle Nr. 260 und 261 (Jahr 1888); über den ersteren fehlen genauere Angaben, bei dem zweiten (Nr. 261) waren der Ruptur außerhalb der Anstalt vorgenommene gewaltsame Entbindungsversuche vorausgegangen.

Bezüglich der Geburtsdauer¹⁾ haben wir in dem statistischen Theile gesehen, dass die Gesamtdauer der Gesichtsgeburt im Mittel etwas vergrößert ist, und zwar bei Erst-Gebärenden um 1¹/₄ Stunde, bei Mehr-Gebärenden um 3 Stunden.

Dieses Verhalten ist umso auffallender, wenn man sich die vergleichende Zusammenstellung der Mittelzahlen für die I. und II. Geburtsperiode ansieht, welche auf Grund von 196 Fällen, bei welcher Eröffnungs- und Austreibungsperiode getrennt angegeben waren, angefertigt ist.

¹⁾ Die Dauer der Geburt wurde immer vom Beginn der Wehen bis zur Vollendung des Austrittes des Kindes gerechnet.

Die I. Periode bei Primiparen überschreitet die angenommene Normaldauer um 0.₃₉ Stunden, die II. Geburtsperiode bleibt sogar unter der Normaldauer um 0.₀₄ Stunden zurück; bei Pluriparen übersteigt unter unseren Gesichtslagengeburten die Durchschnittszeit der I. Periode die normale Dauer um 1.₁₃ Stunden, die Durchschnittsdauer der II. Periode bleibt gegenüber dem entsprechenden Normalwert von 1 Stunde ebenfalls um 0.₃₆ Stunden zurück.

Wir haben es bei diesen Geburtsfällen also nur mit ganz minimalen Unterschieden zwischen der durchschnittlichen Normaldauer der Geburt bei Schädellage und bei Gesichtslage zu thun. — Erst wenn man die einzelnen Fälle kritisch betrachtet, findet man die Erklärung der früher erwähnten Differenzen in den beiden gesondert berechneten Mittelzahlen. Unter den Angaben über die *Gesamtgeburtsdauer* bei 84 Wiederholt-Gebärenden finden wir 7, welche die Zahl von 30 Stunden überschreiten, je eine mit 42.₅, 39, 67 und 216 Stunden, bei allen diesen vier Fällen haben wir es mit platt verengten Becken zu thun; diese hohen Zahlen unter der einen Serie von Beobachtungen, welchen in der anderen Reihe keine entsprechenden Zahlen entgegengestellt werden können, sind es, welche den Durchschnittswert bei Pluriparen so hoch hinaufschnellen machen; gerade diese Zahlen aber kann man nicht der abnormen Kindeshaltung allein, sondern wohl größtentheils der gleichzeitig bestehenden Beckenverengung zuschreiben. — Bei den entsprechenden 46 Erst-Gebärenden aus der gleichen Beobachtungsreihe dagegen fanden sich nur ein einzigesmal 91 Stunden als längste Geburtsdauer angegeben, auch hier bei plattem Becken, während die übrigen sämtlich weit kürzere Geburtsdauer aufwiesen. Wir sind daher berechtigt zu sagen, dass der Gesichtslagen-Geburtsmechanismus als solcher die Geburtsdauer während der Eröffnungsperiode ebenso wie in der Austreibungsperiode nur um wenig verlängert, dass es aber die Complicationen sind, enges Becken, große Kinder, kurz räumliches Missverhältnis, die sich bei Gesichtslagengeburten ihrem ätiologischen Einflusse entsprechend häufig finden, welche die Geburt bisweilen außerordentlich verlangsamen und die Prognose für Mutter und Kind trüben.

Das eben Gesagte hat auch Geltung für die Prognose mit Rücksicht auf Operationsfrequenz und Kindermortalität. Auch hier ist es das Missverhältnis zwischen Kindeskopf und mütterlichem Becken, welches *häufiger unser Eingreifen* bedingt, als es sonst bei gewöhnlichen Verhältnissen nöthig gewesen wäre, und eng damit verbunden ist die Prognose für den Verlauf des Wochenbettes.

O. Küstner ¹⁾ stellt aus der Literatur die Beobachtungen mehrerer Autoren zusammen, zur leichteren Vergleichung der Operationsfrequenz

¹⁾ Müllers Handb. f. Geburtsh., p. 717.

bei Gesichtslagen. So berichtet Winckel über 698 Fälle, bei diesen ist 92mal, also in 13 Proc. die Zange angelegt, außerdem noch in 4 Proc. die Wendung gemacht worden; nach Heckers Zusammenstellungen von 1869 kamen 4.1 Proc. Zangenoperationen bei Gesichtslage vor, und Mayr erhält aus den später zusammengestellten Zahlen der Münchener Klinik 6.5 Proc. Zangenoperationen. Fassbender findet unter 105 Gesichtslagengeburten 12 Zangenoperationen (= 11.5 Proc.), 4 Wendungen und 2 Cephalotrypsien, also 18 Operationen (= 17.14 Proc.) Kamm hat unter 71 Fällen aus der Breslauer Klinik sogar 28.2 Proc. operativ beendeter Gesichtsgeburten.

Von unseren Gesichtslagen verliefen *spontan* 292 (= 87.42 Proc.) von den Kindern wurden bei spontanem Geburtsverlauf 274 lebend, 18 todt geboren. *Operativ* eingegriffen wurde 42mal (= 12.58 Proc.) und zwar im Interesse der Mutter 16mal, wegen Lebensgefahr des Kindes 12mal in den restierenden 14 Fällen ließ es sich nicht genau bestimmen, ob mehr das Interesse für die Mutter, oder jenes des Kindes zu operativem Vorgehen drängte.

a) Mittels Zangenoperation wurde 18mal (= 5.39 Proc.) die Geburt beendet; von den Kindern waren lebend 11, todt 7;

b) die Wendung (auf das Beckenende) wurde ausgeführt neunmal (= 2.69 Proc.) dabei wurden sechsmal lebende, dreimal todt Kinder entbunden;

c) fünfmal wurden kombinierte manuelle Stellungsversuchsversuche unternommen (davon muss 1 Fall bei Berechnung der Operationsfrequenz ausgeschaltet werden [um denselben nicht doppelt zu verrechnen], weil nach vergeblich versuchter Stellungsverbesserung die Geburt durch Zangenextraction beendet wurde). In 4 Fällen waren die Versuche erfolglos, einmal (Fall Nr. 43) war sogar unter dem Bestreben die Gesichtslage in Hinterhauptslage umzuwandeln, die Stirne tiefer getreten, und erst im weitem Verlauf der Geburt wandelte sich die künstlich erzeugte Stirneinstellung in Gesichtslage um, und es erfolgte die Geburt nach diesem Mechanismus; einmal nur war ein Stellungsversuchsversuch von Erfolg begleitet, insofern als es gelang eine bestehende Stirnlage in Gesichtslage umzuwandeln (siehe Stirnlagen);

d) die Craniotomie musste elfmal (= 3.26 Proc.) ausgeführt werden, Fünfmal am lebenden und dreimal am abgestorbenen Kinde, dreimal war über den Zustand der Frucht, ob vor der Perforation lebend oder schon todt, nichts angegeben.

Alles in allem kamen unter den 42 nach operativen Eingriffen geborenen Kindern 21, genau die Hälfte, todt zur Welt.

Abgesehen aber von den Folgen der Craniotomie finden wir, bezüglich der Resultate nach Forceps oder Wendung, dass unter 27 durch die beiden letzteren Eingriffe entbundenen Kindern immerhin noch 10

totdt geboren wurden, außerdem kamen 5 Kinder asphyctisch zur Welt, es gelang jedoch dieselben wieder zu beleben. Natürlich kamen bei dieser Ueberlegung die 4 Stellungsverbesserungsversuche nicht in Betracht, da die Geburten trotz derselben, wie erwähnt, spontan zu Ende giengen. Dass ein großer Theil der operativen Eingriffe nicht allein durch die abnorme Haltung indicirt war, zeigt ein Blick auf die Häufigkeit der Complicationen. So wurde die Craniotomie elfmal ausgeführt, und sechsmal fand sich dabei plattes Becken verzeichnet (Fall Nr. 16, 29, 79, 187, 189, 320), zweimal war Tympania uteri (Fall Nr. 207, 275) die Ursache zur Perforation; die W e n d u n g neunmal ($= 2.69$ Proc.), viermal complicirt mit engem Becken, einmal indicirte tiefer Sitz der Placenta mit consecutiver Hämorrhagie die Wendung (Fall Nr. 33), zweimal Vorfall von einer oder mehreren Extremitäten (Fall Nr. 113, 314), einmal Nabelschnurvorfall (Fall Nr. 155), einmal Uterusruptur (Fall Nr. 261), in diesem Falle wurde die Patientin, nachdem außerhalb der Anstalt wiederholte Zangenversuche am hochstehenden Gesichte vorausgegangen waren, mit perforierender Uterusruptur fiebernd überbracht; Forceps 18mal ($= 5.38$ Proc.), viermal war dabei „plattes Becken“ notiert (Fall Nr. 183, 267, 268 und 316); als Indicationen sind angeführt: Lebensgefahr des Kindes elfmal, Fieber der Mutter zweimal, Wehenschwäche dreimal, Uterusruptur einmal (Fall Nr. 260) und ebenfalls einmal wurde die Zange bei abnorm rotiertem Gesicht (Fall Nr. 169) angelegt.

Von den s p o n t a n geborenen Kindern, im ganzen 292, sind, wie schon früher mitgetheilt, 274 lebend und 18 totdt zur Welt gekommen, außerdem waren 8 von den spontan geborenen Kindern asphyctisch, 3 davon konnten nicht wiederbelebt werden.

Die angeführten Daten zeigen, dass Kunsthilfe sehr häufig nur durch die Complicationen der Gesichtslage bedingt war. Weil die Complicationen aber größtentheils in innigem, ursächlichen Zusammenhange mit der Entstehung von Deflexionslagen stehen, so wurden die Folgen dieser Verhältnisse den abnormen Vorgängen der Geburt bei Gesichtshaltung an und für sich zugeschrieben.

Wie viel günstiger sich die Prognose bei uncomplicirten Gesichtsgeburten für das Kindesleben gestaltet, lehren die im nachstehenden mitgetheilten Beobachtungen; nur 18 unter 292 spontan geborenen Kindern kamen totdt zur Welt; eine rein objective kritische Sichtung der Fälle zeigt aber, dass die Zahl derjenigen Fälle, welche wirklich der a b n o r m e n K i n d e s h a l t u n g, der Gesichtslage, zu Schulden kommen, eine noch viel kleinere ist.

So sind vor allem 9 Todtgeburten, bei welchen die Frucht schon vor Beginn der Geburt abgestorben war und macerirt geboren wurde.

auszuschalten, ebenso wie für das Absterben der beiden unreifen Früchte, (Fall Nr. 252) Frucht 700 gr und (Fall Nr. 329) Frucht 320 gr schwer, gewiss nicht der Geburtsmechanismus verantwortlich gemacht werden kann; auch in Fall Nr. 24, wobei das Kind wegen unreponierbaren Nabelschnurvorfalles während der Geburt abstarb, trifft wohl weniger die Gesichtslage als vielmehr die complicierende Beckenverengerung die Schuld; hingegen ist es bei Fall Nr. 230, mit beträchtlicher Hydrencephalocoele in der Gegend der kleinen Fontanelle, fraglich, ob bei Hinterhauptslage das Kind nicht doch vielleicht lebend geboren worden wäre; die größere Wahrscheinlichkeit spricht für letzteres. In Fall Nr. 285 ist eine begünstigende Einwirkung der Gesichtslage auf die Entstehung der straffen Nabelschnurumschlingung gewiss aus den schon bei Besprechung der „Aetiologie“ erwähnten Gründen wahrscheinlicher als bei Hinterhauptslage. Außer den beiden letzterwähnten haben wir noch die Fälle Nr. 200, 251, 282 und 283, bei welchen es sich um Absterben der Frucht während und infolge der Geburtsthätigkeit handelt; allerdings wäre in Fall Nr. 251 (J. 1888) nach dem notierten Befunde: „15stündige Dauer der Austreibungsperiode, Herztöne sehr schlecht, fast unhörbar“ selbstverständlich die Beendigung der Geburt mittels Zange dringend indicirt gewesen, weshalb dies nicht geschehen, ist aus dem Geburtsjournal nicht zu ersehen. Es bleiben also nur die sechs letzterwähnten Fälle übrig, welche wir dem Geburtsmechanismus selbst, mithin der Gesichtslage zuschreiben können; gewiss ist das Resultat dieser Uebersetzung, der Nachweis nämlich, dass nur 6 Todtgeburten ($\equiv 2.05$ Proc.) den 292 spontan beendeten Gesichtslagengeburten zur Last fallen, ein sehr günstiges zu nennen.

In Kürze folgen noch die Angaben anderer Beobachter¹⁾ über die Zahl der Todtgeburten und nicht zu beseitigenden Asphyxien bei Gesichtslagengeburten, um einen Maßstab zur Beurtheilung der an unseren 334 Fällen gemachten Erfahrungen zu haben.

Winckel sagt, dass bei Gesichtsgeburten mehr als doppelt so viel Kinder todt oder sterbend zur Welt kommen (13 Proc.) als bei Hinterhauptsmechanismus, Hecker berechnet die Ziffer der Todtgeburt auf 6.5 Proc., Mayr auf etwa dieselbe Höhe, Fassbender auf 14 Proc., Spöndly auf 32 Proc., Olshausen auf 20 Proc.

Unter unsern 334 Fällen von Gesichtslagen haben wir 39 Todtgeburten, rechnen wir dazu noch 3 Kinder, welche asphyctisch geboren, nicht wieder belebt werden konnten, im ganzen also 42 ($\equiv 12.57$ Proc.), so ergibt sich nahezu das gleiche Mortalitätsprocent — nach den Befunden unmittelbar nach der Geburt berechnet — wie es Winckel fand,

¹⁾ Müllers Handbuch, p. 720.

nämlich nahezu auch 13 Proc.; den 292 spontan verlaufenen Gesichtsgeburten fallen davon nur 2.₀₅ Proc. Todtgeburten zur Last. Allerdings starben im Verlauf der ersten 24 Stunden noch 2 von den spontan und lebensfrisch geborenen — und 1 asphyctisches, aber wiederbelebtes Kind. Wie in dem statistischen Theil geschildert, sind die übrigen während der ersten 10 Tage post partum verstorbenen Kinder verschiedenen accidentellen Erkrankungen oder congenitalen Abnormitäten erlegen, welche mit den Geburtsvorgängen in keinerlei Beziehung stehen.

Auch das Endergebnis dieser günstigen Einzelresultate und Vergleiche spricht zugunsten des expectativen Verhaltens bei Gesichtsgeburten in den Fällen, in denen keinerlei Complicationen den Gesichtslagen-Mechanismus störend beeinflussen und eventuell ein Eingreifen erheischen.

Ganz anders gestaltet sich aber die Prognose bei denjenigen Gesichtslagegeburten, bei welchen das Kinn dauernd nach hinten gerichtet bleibt; hier ist sie für das Kind meist als infaust zu bezeichnen, was sowohl die einfache Ueberlegung, wie Kopf und Thorax, respective Hinterhaupt und oberster Theil des Thorax aneinandergepresst durch den Geburtsanal, nur unter stärkster Wirkung der Wehen, hindurchgetrieben werden, als auch die Ergebnisse der bisher in der Literatur mitgetheilten Fälle lehren. Die wenigen sicher beobachteten Fälle, bei denen lebende Kinder nach diesem Mechanismus geboren wurden, bleiben eben immerhin nur vereinzelte Ausnahmen.

Der Wochenbettverlauf. — Unter unsern 334 Gesichtslagen beträgt die Morbidität der Wöchnerinnen 32 (= 9.₅₈ Proc.), die Mortalität 10 (= 2.₉₉ Proc.), wobei zu berücksichtigen ist, dass ein großer Theil der Geburten in eine Zeit fällt, welcher die aseptische Leitung der Geburten fremd war. In den letzten 3 Jahren ist nach 51 Gesichtsgeburten kein einziger Todesfall einer Wöchnerin und nur dreimal ein fieberhafter Verlauf des Wochenbettes beobachtet worden. Hierbei aber möchte ich bemerken, dass vielleicht die früheren relativ ungünstigen Verhältnisse bei Gesichtslagen darauf zurückzuführen sind, dass diese Lagen immer von einer weit größeren Anzahl von Beobachtern untersucht werden, als dies bei andern Lagen der Fall ist; dementsprechend ist die Infectionsgefahr für die Kreissende auch eine größere.

Die Grundlage des ersten Abschnittes dieser Arbeit bilden die folgenden nur auszugsweise mitgetheilten Geburtsgeschichten:

A. Gesichtslagen:

Nr. 1, 1875, J.-Nr. 848, I. Gesichtslage, Mädchen, 3300 gr, frisch, Mutter 31 Jahre. IIa, 1 normale Geburt, I. Periode 13.₅, II. Periode 0.₅, Rotation normal, spont., Wehbt. afebril, Kind 10. Tag entl.

Nr. 2, 1875, J.-Nr. 986, II. Stellung, Knabe, 3870 gr, frisch, Mt. 21 J., Ia, I. P.: 9, II. P.: 7.₅, Rot. normal., Stirneinstllg. spont. i. Gesichtslg. umgew., Wehbt. febr. (Parametritis), Kind 3. Tg. weg. Fieber d. Mt. transf.

Nr. 3, 1875, J.-Nr. 1081, I. Gesichtslg., M., 3450 gr, frisch, Mt. 23 J., IIa (1. Kind war maceriert), I. P. 29, II. P. 0.₅, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 4, 1875, J.-Nr. 2120, I. Gesichtlg., K., 2720 gr, unr., frisch, Mt. 22 J., Ia, I. P. 25, II. P. 0.₇₅, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 5, 1875, J.-Nr. 1609, I. Gesichtslg., M., 3300 gr, frisch, Mt. 29 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 8, II. P. 0.₅₀, Rot. norm., spont. Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 6, 1875, J.-Nr. 2415, II. Gesichtslg., K., 2400 gr, unr., frisch, Mt. 23 J., Ia, I. P. 23, II. P. 1.₅, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 2. Tg. weg. Milchmgl. d. Mt. transf.

Nr. 7, 1875, J.-Nr. 2478, II. Stellung, M., 3500 gr, 52 cm Kopfmaße, fo. 13 cm, bip. 9.₃, bit. 7.₆, sbbg. 9.₅, fo-Periph. 38 cm, frisch, Mt. 21 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 3.₅, II. P. 0.₅, Rot. norm., vorzeitig, Blasensprg. (33½ St. vor Beg. d. Wehen), Stirneinstllg., spont., ungew. i. Gesichtslg., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 8, 1875, J.-Nr. 2490, I. Gesichtslg., M., 3630 gr, frisch, Mt. 24 J., Ia, I. P. 18, II. P. 9, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 9, 1875, J.-Nr. 52, I. Gesichtslg., M. rf., frisch, Mt. 23 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 5, II. P. 2, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 10, 1875, J.-Nr. 87, I. Gesichtslg., M., 2600 gr, unr., Mt. 26 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 9.₅, II. P. 0.₅, Rot. norm., spont., Wehbt. febr., Kd. 2. Tg. weg. Fieber d. Mt. transf.

Nr. 11, 1875, J.-Nr. 103, I. Gesichtslg., K., 3950 gr, frisch, Mt. 42 J., VIa, 5 norm. Geb., I. P. 3.₅, II. P. 0.₂₅, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 2. Tg. weg. Milchmgl. d. Mt. transf.

Nr. 12, 1875, J.-Nr. 133, II. Gesichtslg., K., 4050 gr, frisch, Mt. 21 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 12, II. P. 0.₇₅, Rot. norm., spon., Wehbt. febr., Kd. 3. Tg. weg. Fieber d. Mt. transf.

Nr. 13, 1875, J.-Nr. 240, I. Gesichtslg., K., 1240 gr, unr., Mt. 27 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 15, II. P. 0.₂₅, Rot. norm., spon., Mt. weg. Tuberculose transf. Kd. innerh. 24 St. p. part. † (lebensschw.).

Nr. 14, 1875, J.-Nr. 289, I. Gesichtslg., K., 2800 gr, rf., frisch, Mt. 28 J., Ia, I. P. 21, II. P. 0.₅₀, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 15, 1875, J.-Nr. 379, I. Gesichtslg., K., 3950 gr, frisch, Mt. 24 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 5, II. P. 0.₇₅, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 16, 1875, J.-Nr. 479, II. Gesichtslg., 3650 gr, Mt. 32 J., IIIa, 2 norm. Geb., pltt. Becken, C. v. 8 cm., I. P. 11.₅, II. P. 3.₅, Wehenschw., Forcepsversuch am hochstehenden Gesicht, dann Craniotomie am leb. Kd. (Fractur des Unterkiefers).

Nr. 17, 1875, J.-Nr. 546, II. Gesichtslg., M., 2750 gr, rf., frisch, Mt. 43 J., VIa, 5 norm. Geb., I. P. 2, II. P. 7, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 18, 1876, J.-Nr. 845, I. Gesichtslg., K., 2950 gr, frisch, Mt. 20 J., Ia, I. P. 7, II. P. 0.₅, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 19, 1876, J.-Nr. 876, II. Gesichtslg., K., frisch, Mt. 24 J., IIIa, 2 norm. Geb., Gesmtd., 6.₂₅, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 20, 1876, J.-Nr. 1405, II. Gesichtslg., M., 2800 gr, rf., frisch, Mt. 32 J., Ia, I. P. 7.₂₅, II. P. 1.₇₅, spont., Wehbt. afebr., Kd. 10, Tg. entl.

Nr. 21, 1876, J.-Nr. 1438, I. Gesichtslg., K., 3050 gr, frisch, Mt. 31 J., Va, 4 norm. Geb., I. P. 13.₅, II. P. 0.₅, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 22, 1876, J.-Nr. 549, II. Gesichtslg., K., 3900 gr, frisch, Mt. 26 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 12, II. P. 1, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 23, 1876, J.-Nr. 425, II. Gesichtslg., K., 3300 gr, Kopfmaße: fo. 12.₃, bip. 9, bit. 7.₅, fo-P. 38, frisch, Mt. 34 J., IIa, I. P. 5.₂₅, II. P. 0.₂₅, Rot. norm., spont., Wehbt. febr., Mutter u. Kd. 2. Tg. weg. Erysipel transf.

Nr. 24, 1876, J.-Nr. 1510, II. Gesichtslg., M., 3470 gr, Mt. 31 J., IIIa, 2 norm. Geb., pltt. Becken, C. v. 9 cm., Gesmtd. 25, Rot. norm., unreponibler Nabelschnurvorfal, Kd. während d. Geb. †, spont., Wehbt., afebr.

Nr. 25, 1876, J.-Nr. 1733, I. Gesichtslg., M., rf., frisch, Mt. 24 J., Ia, I. P. 22, II. P. 2, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 26, 1876, J.-Nr. 1782, I. Gesichtslg., M., 2850 gr, rf., frisch, Mt. 26 J., Ia, I. P. 7.₅, II. P. 1.₅, spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 27, 1876, J.-Nr. 1858, I. Gesichtslg., M., 3250 gr, frisch, Mt. 24 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 2, II. P. 1, Rot. norm., vorzeitig, Blasensprg., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 28, 1876, J.-Nr. 2084, I. Gesichtslg., M., 2800 gr, rf., frisch, Mt. 29 J., IIa, 1 norm., I. P. 4.₅, II. P. 0.₅, Rot. norm., spont., Wehbt., afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 29, 1876, J.-Nr. 2298, II. Gesichtslg., M., 3300 gr., 51 cm, Kopfmaße: bip. 9.₂, bit. 8, fo. 12.₅, mo. 13.₅, sbbgr. 9, fo-P. 36.₅, Mt. 41 J., IVa, 2 norm. Geb., 1 Forceps pltt. Becken, C. d. 10.₅, C. v. 9, I. P. 16, II. P. 17.₅, Rot. norm., Contractionsring hochstehend, Forcepsversuche am hochstehenden Gesicht, Craniotomie am leb. Kd. Wehbt. afebr.

Nr. 30, 1876, J.-Nr. 2534, II. Gesichtslg., K., 3270 gr, frisch, Mt. 27 J., IVa, 3 norm. Geb., Gesmtd. 16, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 31, 1876, J.-Nr. 2579, I. Gesichtslg., M., 3740 gr, frisch, Mt. 26 J., IVa, 3 norm. Geb., I. P. 14, II. P. 0.₅, Rot. norm., spont., Wehbt., afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 32, 1876, J.-Nr. 2622, I. Gesichtslg., M., 2880 gr, rf., frisch, Mt. 21 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 13.₅, II. P. 0.₅, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 33, 1876, J.-Nr. 2756, II. Stllg., K., 3100 gr, Mt. 41 J., VIIa, 1 Forceps, 6 norm. Geb., Gesmtd. 13, tiefer Sitz d. Placenta, weg. Blutung bei 2–3 cm, weitem Orif. Colpeurynter, bei verstrichen. Orif. auf recht. Fuß gewendet, Kind unter d. Geb. †, Mt. 12 St. p. part. an Anämie †.

Nr. 34, 1876, J.-Nr. 41, I. Gesichtslg., K., 3550 gr, frisch, Mt. 25 J., Ia, I. P. 9.₅, II. P. 0.₅, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 3. Tg. Pneumonie †.

Nr. 35, 1876, J.-Nr. 103, I. Gesichtslg., K., 1930 gr, unrfr., Mt. 19 J., Ia, I. P. 24.₅, II. P. 0.₅, spont., Wehbt. febr. (Erysipel), Kd. maceriert.

Nr. 36, 1877, J.-Nr. 2671, II. Gesichtslg., M., 3150 gr, frisch, Mt. 38 J., Va, I. P. 15.₅, II. P. 2, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 37, 1877, J.-Nr. 2997, I. Stllg., Gesichtslg. geht spont. in Stirnlg. über (vide Stirnlg. Nr. 8).

Nr. 38, 1877, J.-Nr. 1298, II. Gesichtslg., M., 2960 gr, rf., frisch, Mt. 30 J., IIa, 1 norm. Geb., pltt. Becken, C. v. 9 cm., I. P. 17, II. P. 1.₂₅, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 39, 1877, J.-Nr. 1391, I. Gesichtslg., M., 3300 gr, frisch, Mt. 26 J., IIa, 1 norm. Geb., Gesmtd. 11.₇₅, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 40, 1877, J.-Nr. 1498, I. Stillg., M., 1700 gr, unr., Mt. 21 J., Ia, pltt. Becken, C. v. 8.5, Gesmtd. 12, vorz. Blasensprg., Wendung weg. Lebensgef. d. Kd., Wehbt. afebr., Kd. innerhalb 24 St. † (Lebensschw.).

Nr. 41, 1877, J.-Nr. 1732, II. Gesichtslg., M., 3130 gr, frisch, Mt. 27 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 4.5, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 42, 1877, J.-Nr. 1804, I. Gesichtslg., M., 4250 gr, Mt. 21 J., Ia, I. P. 1.75, II. P. 0.75, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. maceriert.

Nr. 43, 1877, J.-Nr. 1819, I. Gesichtslg., M., 3000 gr, frisch, Mt. 23 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 27, II. P. 0.75, Rot. norm., nach verstrich. orific. Stellungsverbesserungsversuch (Schatz), Stirne tritt tiefer, spät erst wandelt sich die künstlich erzeugte Stirneinstllg. wieder in Gesichtslg. um, spont. Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 44, 1877, J.-Nr. 2049, I. Gesichtslg., M., 3650 gr, frisch, Mt. 29 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 5.25, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 45, 1877, J.-Nr. 718, II. Gesichtslg., M., 3100 gr, frisch, Mt. 22 J., Ia, I. P. 12.5, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 46, 1877, J.-Nr. 764, II. Stillg., K., 2950 gr, 51 cm, Kopfmaße: bit. 7, bip. 8, rf., Mt. 18 J., Ia, C. d. 9.25, C. v. 7.5, Gesmtd. 53, Wehenschw., Wendung u. Extraction weg. Lebensgef. d. Kd., Orif. verstr. (tiefe Depression d. r. Scheitelb., daselbst Querdurchmesser 5.5 cm), Kd. unter d. Geb. †, Wehbt. afebr.

Nr. 47, 1877, J.-Nr. 885, II. Gesichtslg., K., 3550 gr, Mt. 24 J., IIIa, 1 norm. Geb., 1 Zwillingsgeb., I. P. 4, II. P. 0.25, Rot. norm., spont., Kd. asphyct., nicht wieder bel., †, Wehbt. afebr.

Nr. 48, 1877, J.-Nr. 1065, Gesichtslg., K., 2720 gr, rf., frisch, Mt. 21 J., Ia, Gesmtd. 9.5, Rot. norm., spont., Wehbt. abfebr., Kd. 4. Tg. weg. Milchmgl. d. Mt. transf.

Nr. 49, 1877, J.-Nr. 1162, I. Gesichtslg., M., 3100 gr, frisch, Mt. 28 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 13.5, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 50, 1877, J.-Nr. 22, II. Gesichtslg., M., 3150 gr, Mt. 27 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 9, II. P. 0.75, Rot. norm., spont., Kd. asphyct., nicht wieder belebt (†) Wehbt. afebr.

Nr. 51, 1877, J.-Nr. 33, II. Gesichtslg., M., 3450 gr, frisch, Mt. 31 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 21.5, II. P. 0.25, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 52, 1878, J.-Nr. 2898, I. Gesichtslg., K., 2820 gr, rf., frisch, Mt. 21 J., Ia, I. P. 15, II. P. 0.75, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 53, 1878, J.-Nr. 2296, I. Gesichtslg., K., 3700 gr, bip. 9 cm, bit. 8.2 cm, fo. 12 cm, fo. P. 37 cm, frisch, Mt. 27 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 14, II. P. 1, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 54, 1878, J.-Nr. 2095, II. Gesichtsl., M., 3250 gr, frisch, Mt. 24 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 32.5, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. febr. (Endometritis), Kd. weg. Fieber d. Mt. 6. Tg. transf.

Nr. 55, 1878, J.-Nr. 2127, II. Gesichtslg., K., rf., frisch, Mt. 29 J., IIa, 1 norm., I. P. 8.5, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 56, 1878, J.-Nr. 1277, I. Gesichtslg., M., rf., frisch, Mt. 20 J., Ia, I. P. 13.5, II. P. 1, spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 57, 1878, J.-Nr. 826, II. Gesichtslg., M., 2800 gr, rf., Mt. 27 J., Ia, Gesmtd. 12.5, Wehenschw., Fruchtwasser missfbg., Herztöne dumpf, Forceps am querstehend. Gesicht, Rot. norm., incompl. Dammriss, Kd. leicht asphyct., Wehbt. febr. (Peritonitis septica) †, Kd. 5. Tg. weg. Fieber d. Mt. transf.

Nr. 58, 1878, J.-Nr. 776, I. Gesichtslg., M., 2700 gr, frisch, Mt. 26 J., Ia, I. P. 6.5, II. P. 0.25, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 59, 1878, J.-Nr. 246, II. Gesichtslg., M., 3650 gr, frisch, Mt. 36 J., IVa, 3 norm. Geb., pltt. Becken, I. P. 11.5, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. febr., (Periton. sept.) †, Kd. 5 Tg. transf.

Nr. 60, 1878, J.-Nr. 280, I. Stillg., M., 3000 gr, Kopfmäße: bit. 8 cm, fo. 11 cm, bip. (an Depressionsstelle) 7 cm, fo-P. 33 cm, Mt. 20 J., IIa, pltt. Becken, C. d. 8.75, C. v. 7, Gesmtd. 13.5, künstl. Blasensprg. bei verstrich. Muttermd. u. bewegl. Kopf, Wendung, Wehen sehr kräftig, schwierige Extract. d. Kopfes, dabei krachendes Geräusch, tiefe Impression d. r. Scheitelb., Kd. leicht asphyct., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 61, 1879, J.-Nr. 1359, II. Stillg., K., rf., frisch, Mt. 30 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 8, II. P. 2.5, Rot. norm., II. Stirneinstellung spont., umgew. in II. Gesichtslg., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 62, 1879, J.-Nr. 1382, I. Gesichtslg., K., 3150 gr, frisch, Mt. 22 J., Ia, I. P. 17.5, II. P. 1, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 63, 1879, J.-Nr. 1421, I. Gesichtslg., M., 3500 gr, frisch, Mt. 27 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 11.5, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 64, 1879, J.-Nr. 1479, II. Gesichtslg., K., 2930 gr, rf., frisch, Mt. 27 J., Ia, Gesmtd. 35, Rot. norm., Forceps am tiefstehend. Gesicht, Wehenschw., Wehbt. febr., (Sepsis) †, Kd. 3. Tg. weg. Fieber d. Mt. transf.

Nr. 65, 1879, J.-Nr. 1593, II. Gesichtslg., M., 3700 gr, frisch, Mt. 20 J., Ia, I. P. 12.5, II. P. 0.5, spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 66, 1879, J.-Nr. 1655, K., 2900 gr, rf., frisch, Mt. 25 J., Ia, Gesmtd. 6.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 67, 1879, J.-Nr. 1695, I. Gesichtslg., M., 2450, unrfr., frisch, Mt. 34, IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 0.75, II. P. 0.25, Rot. norm., Sturzgeb., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 68, 1879, J.-Nr. 1730, II. Gesichtslg., K., 3220 gr, frisch, Mt. 32 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 15, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 69, 1879, J.-Nr. 1908, I. Gesichtslg., M., 3250 gr, frisch, Mt. 26 J., Ia, I. P. 24, II. P. 1, Rot. norm., vorzeitg. Basensprg., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 70, 1879, J.-Nr. 2122, I. Gesichtslg., K., 3650 gr, frisch, Mt. 36 J., XVa, 14 norm. Geb., I. P. 5, II. P. 0.25, vorzeitg. Blasensprg., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 71, 1879, J.-Nr. 2666, II. Gesichtslg., M., 2700 gr, unrfr., frisch, Mt. 22 J., Ia, I. P. 36, II. P. 2, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 72, 1879, J.-Nr. 2693, I. Gesichtslg., K., 3200 gr, frisch, Mt. 23 J., Ia, I. P. 15, II. P. 1.25, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 73, 1879, J.-Nr. 2868, I. Gesichtslg., K., 3950 gr, frisch, Mt. 24 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 3.75, II. P. 0.25, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 74, 1879, J.-Nr. 2968, II. Gesichtslg., M., 3720 gr, fr., Mt. 31 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 17, II. P. 0.50, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 75, 1879, J.-Nr. 3076, II. Gesichtslg., K., 3450 gr, frisch, Mt. 40 J., IVa, 3 norm. Geb., I. P. 48, II. P. 0.75, spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 76, 1879, J.-Nr. 3121, I. Gesichtslg., M., 2970 gr, rf., frisch, Mt. 23 J., Ia, I. P. 17, II. P. 2, Rot. norm., spont., Wehbt. febr. (Sepsis) † Kd. 10 Tg. entl.

Nr. 77, 1879, J.-Nr. 502, II. Gesichtslg., K., 2970 gr, frisch, Mt. 29 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 17, II. P. 0.25, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 78, 1879, J.-Nr. 811, II. Gesichtslg., K., rf., Mt. 22 J., Ia, I. P. 1, II. P. 0.5, Mutter stirbt während d. Geb. an Pneumonie, Kd. maceriert.

Nr. 79, 1879, J.-Nr. 890, I. Gesichtslg., M., 2600 gr, rf., Mt. 27 J., Ia, einf. pltt. Becken, C. v. 8.5, I. P. 13.5, II. P. 1, Rot. norm., vorzeitg. Blasensprg., Craniotomie am hochstehenden Gesicht (Kd. frisch abgestorben), Wehbt. afebr.

Nr. 80, 1879, J.-Nr. 978, I. Gesichtslg., M., 3200 gr, frisch, Mt. 25. J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 5, II. P. 0.75, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 2. Tg. weg. Milchmgl. entl.

Nr. 81, 1879, J.-Nr. 124, II. Gesichtslg., K., 3250 gr, frisch, Mt. 27 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 28.5, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 82, 1879, J.-Nr. 233, II. Gesichtslg., M., 2820 gr, rf., frisch, Mt. 29 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 3.5, II. P. 0.25, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 83, 1879, J.-Nr. 240, I. Gesichtslg., K., rf., frisch, Mt. 27 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 24.5, II. P. 0.25, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 84, 1879, J.-Nr. 236, II. Gesichtslg., K., rf., frisch, Mt. 27 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 2.75, II. P. 0.75, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 85, 1880, J.-Nr. 3299, II. Gesichtslg., M., rf., frisch, Mt. 24 J., IIa, Fußlage-Geb., I. P. 44, II. P. 0.25, Rot. norm., vorzeitg. Blasensprg., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 86, 1880, J.-Nr. 3327, I. Gesichtslg., M., 3450 gr, frisch, Mt. 34 J., Ia, I. P. 17, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 87, 1880, J.-Nr. 2896, I. Gesichtslg., K., 4000 gr, frisch, Mt. 32 J., IVa, 3 norm. Geb., I. P. 9, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 88, 1880, J.-Nr. 2950, I. Gesichtslg., K., rf., frisch, Mt. 24 J., Ia, I. P. 43.5, II. P. 1.5, Gesicht querstehend ausgetreten, apfelgroße Encephalocoele in der Gegend der kleinen Fontanelle, spont., Wehbt. afebr., Kind am 5. Tg. † (infolge d. Encephaloc.)

Nr. 89, 1880, J.-Nr. 1702, I. Gesichtslg., K., rf., frisch, Mt. 34 J., Va, 4 norm. Geb., Gesmtd. 14, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 90, 1880, J.-Nr. 1720, II. Gesichtslg., M., rf., frisch, Mt. 37 J., IIa, 1 norm. Geb., Gesmtd. 12, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 91, 1880, J.-Nr. 1864, I. Gesichtslg., K., rf., frisch, Mt. 22 J., II. a, 1 norm. Geb., I. P. 12.5, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 92, 1880, J.-Nr. 1548, II. Gesichtslg., M., rf., frisch, Mt. 28 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 32, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 5. Tg. weg. Milchmgl. d. Mt. transf.

Nr. 93, 1880, J.-Nr. 1621, I. Gesichtslg., M., 3300 gr, frisch, Mt. 27 J., IIa, 1 norm. Geb., Gesmtd. 5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 94, 1880, J.-Nr. 694, I. Gesichtslg., K., 2950 gr, rf., frisch, Mt. 28 J., Ia, I. P. 44, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 95, 1880, J.-Nr. 717, II. Gesichtslg., M., 3250 gr, frisch, Mt. 25 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 2, II. P. 0.25, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 96, 1880, J.-Nr. 3057, I. Gesichtslg., M., 3200 gr, frisch, Mt. 26 J., IIa, 1 norm. Geb., Gesmtd. 11.5, Rot. norm., spont., Kd. bald nach d. Geb. † (Lungen-Atelectase), Wehbt. afebr.

Nr. 97, 1880, J.-Nr. 3129, I. Gesichtslg., M., 2900 gr, frisch, M., 29 J., Ia, I. P. 45, II. P. 1.5, vorzeitg. Blasensprg., Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. weg. Milchmgl. d. Mt. transf.

Nr. 98, 1880, J.-Nr. 3214, II. Gesichtslg., K., 3350 gr frisch, Mt. 30 J., Va, 4 norm. Geb., I. P. 10, II. P. 0.25, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr. Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 99, 1880, J.-Nr. 1978, I. Gesichtslg., K., rf., frisch, Mt. 29 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 28, II. P. 1.75, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 100, 1880, J.-Nr. 2059, I. Gesichtslg., K., 2600 gr, unr., frisch, Mt. 26 J., IVa, 3 norm. Geb., Gesmtd. 14.5 St., Rot. norm., spont., Wehbt., afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 101, 1880, J.-Nr. 332, I. Gesichtslg., M., 2600 gr unr., frisch, Mt. 27 J., Ia, pltt. Becken, C. v. 8.25 cm, I. P. 37, II. P. 5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 102, 1880, J.-Nr. 375, I. Gesichtslg., M., 2950 gr, rf., frisch, Mt. 32 J., Ia, I. P. 17, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 103, 1880, J.-Nr. 209, I. Gesichtslg., K., rf., frisch, Mt. 24 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 7, II. P. 0.25, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 104, 1880, J.-Nr. 273, I. Gesichtslg., M., 3800 gr, frisch, Mt. 22 J., Ia, I. P. 15.5, II. P. 0.75, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 105, 1880, J.-Nr. 2476, I. Gesichtslg., K., 3000 gr, frisch, Mt. 27 J., Ia, I. P. 46, II. P. 1, Rot. norm., Kopf drückt lange auf d. Beckenboden, Gesicht sichtbar, weg. Lebensgef. d. Kd. Forceps, Wehbt. afebr., Kd. 10, Tg. entl.

Nr. 106, 1880, J.-Nr. 2502, I. Gesichtslg., K., 3000 gr, frisch, Mt. 22 J., Ia, I. P. 14.5, II. P. 2, Rot. norm., I. Stirneinstlg. auf d. Beckenboden Umwandlung in I. Gesichtslg. weg. Lebensgef. d. Kd., Forceps, Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 107, 1880, J.-Nr. 2491, I. Gesichtslg., M., 3050 gr, frisch, Mt. 34 J., IVa, 3, Frühgeb., I. P. 11.25, II. P. 0.5, Rot. norm., Stirneinstlg. spont. in Gesichtslg. umgew., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 108, 1880, J.-Nr. 2602, I. Gesichtslg., M., 2650 gr, unr., frisch, Mt. 23 J., Ia, I. P. 12, II. P. 1, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 109, 1880, J.-Nr. 1456, I. Gesichtslg., M., 2700 gr, rf., frisch, Mt. 22 J., Ia, I. P. 6, II. P. 0.75, Rot. norm., Stirneinstlg., Stellungsverbesserungsversuch nach Schatz misslungen, spont. Uebergang in Gesichtslg., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 110, 1880, J.-Nr. 1109, I. Gesichtslg., M., rf., frisch, Mt. 26 J., Ia, I. P. 24, II. P. 0.75, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 111, 1880, J.-Nr. 1146, I. Gesichtslg., K., 3300 gr, frisch, Mt. 20 J., Ia, I. P. 24, II. P. 0.50, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 112, 1880, J.-Nr. 1256, I. Gesichtslg., K., 2520 gr. unr., frisch, Mt. 25 J., Ia, I. P. 13, II. P. 1, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. (?)

Nr. 113, 1880, J.-Nr. 913, I. Gesichtslg., M., 3490 gr, frisch, Mt. 38 J., VIIa, 6 norm. Geb., Gesmtd. 13 St., Gesicht bewegl. auf d. Beckeneingang linke Hand vorgefallen, Wendung, Manualhilfe, Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 114, 1880, J.-Nr. 546, I. Gesichtslg., M., 3450 gr, frisch, Mt. 28 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 11, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 115, 1880, J.-Nr. 2182, I. Gesichtslg., K., 2890 gr., rf., Mt. 20 J., Ia, I. P. 11.75, II. P. 1.25, Rot. norm., spont., Wehbt., afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 116, 1880, J.-Nr. 2320, I. Gesichtslg., K., 2750 gr, unr. †, Mt. 30 J., Ia, Gesmtd. 70.5, St., Rot. norm., Wehenschw. Forceps weg. Lebensgef. d. Kd.; Kd. stirbt während d. Geb., Wehbt. afebr.

Nr. 117, 1880, J.-Nr. 1109, I. Gesichtslg., M., rf., frisch, Mt. 26 J., Ia, I. P. 24, II. P. 0.25, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 118, 1880, J.-Nr. 681, I. Gesichtslg., M., 2270 gr, unr., frisch, Mt. 24 J., Ia, I. P. 15, II. P. 1, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 119, 1881, J.-Nr. 2038, I. Gesichtslg., M., 2850 gr., rf., frisch, Mt. 29 J., Ia, I. P. 18, II. P. 2, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 2. Tg. weg. Hohlwarzen d. Mt. transf.

Nr. 120, 1881, J.-Nr. 3343, I. Gesichtslg., K., 2520 gr, unr., frisch, Mt. 16 J., Ia, I. P. 17, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 121, 1881, J.-Nr. 3359, II. Gesichtslg., M., 3850 gr, frisch, Mt. 38 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 11, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 122, 1881, J.-Nr. 3395, I. Gesichtslg., M., rf., Mt. 28 J., Ia, I. P. 36, II. P. 1.5, Rot. norm., weg. Fieber d. Mt. Forceps am hochstehenden Gesicht, Kd. maceriert, Wirbelsäule „wie zerquetscht“, Nabelschnur zweimal um d. Hals gewunden, Wehbt. febr.

Nr. 123, 1881, J.-Nr. 3111, II. Gesichtslg., K., 3520 gr, frisch, Mt. 30 J., Ia, I. P. 15.5, II. P. 5, Rot. norm., Wehenschw. Forceps bei tiefem Querstand d. Gesichtes, I. Arm zwischen Kinn und Hals gelegt, Wehbt. afebr., Kd. 3. Tag weg. Milchmgl. d. Mt. transf.

Nr. 124, 1881, J.-Nr. 2610, I. Gesichtslg., K., rf., Mt. 23 J., Ia, I. P. 26, II. P. 1, Rot. norm., spont., Kd. asphyetisch wieder belebt, mehrere St. nach d. Geb. gestorben, Wehbt. febr. (Parametritis).

Nr. 125, 1881, J.-Nr. 2636, I. Gesichtslg., K., 2850 gr, rf., frisch, Mt. 26 J., Ia, I. P. 12, II. P. 1, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 126, 1881, J.-Nr. 2710, I. Gesichtslg., M., 3450 gr, frisch, Mt. 22 J., Ia, I. P. 6, II. P. 1, Rot. norm., spont., Wehbt. febr. (Endometritis), Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 127, 1881, J.-Nr. 2280, I. Gesichtslg., K., rf., frisch, Mt. 23 J., Ia, I. P. 5, II. P. 0.25, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 128, 1881, J.-Nr. 2320, I. Gesichtslg., K., 2750 gr, rf., frisch, Mt. 30 J., Ia, Gesmtd. 72, Wehenschw., Forceps Atonia uteri, Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 129, 1881, J.-Nr. 1190, M., 3350 gr, frisch, Mt. 32 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 10.5, II. P. 12.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 130, 1881, J.-Nr. 1024, I. Gesichtslg., M., Frühgeb. (VI. L. M.), Mt. 37 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 23.5, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Kd., †, macer., Wehbt. afebr.

Nr. 131, 1881, J.-Nr. 843, I. Gesichtslg., K., 3450 gr, frisch, Mt. 24 J., Va, 4 norm. Geb., I. P. 17, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 132, 1881, J.-Nr. 2048, II. Gesichtslg., K., 2300 gr, unr., frisch, Mt. 18 J., Ia, Gesmtd. 4.5 St., Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 133, 1881, J.-Nr. 1853, II. Gesichtslg., K., rf., frisch, Mt. 33 J., IIa, 1 Zangengeb., Gesmtd. 30 St., Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 134, 1881, J.-Nr. 1872, I. Gesichtslg., M., 2800 gr, rf., frisch, Mt. 36 J., Ia, I. P. 19, II. P. 1.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 2. Tg. weg. Milchmangel d. Mt. transf.

Nr. 135, 1882, J.-Nr. 1561, II. Gesichtslg., K., 3070 gr 51 cm, frisch, Mt. 26 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 22, II. P. 0.75, Rot. norm., spont., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 136, 1882, J.-Nr. 1750, I. Gesichtslg., M., 3320 gr, 51 cm, frisch, Mt. 39 J., Va, 4 norm. Geb., I. P. 14, II. P. 3, Rot. norm., spont., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 137, 1882, J.-Nr. 1839, I. Gesichtslg., K., 3390 gr, 50 cm, frisch, Mt. 22 J., Ia, I. P. 13, II. P. 4, Rot. norm., spont., Wehbt., afebr., Kd. 6. Tg. † (Pneumonie),

Nr. 138, 1882, J.-Nr. 2044, I. Gesichtslg., K., 3400 gr, 50 cm, frisch, Mt. 29 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 3, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 139, 1882, J.-Nr. 815, II. Gesichtslg., M., 3040 gr, frisch, Mt. 31 J., IVa, 3 norm. Geb., I. P. 31.₅, II. P. 0.₅, Rot. norm., spont., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 140, 1882, J.-Nr. 1673, II. Gesichtslg., 3050 gr, 53 cm, †, vor Beginn der Geb. abgestorben (Fieber d. Mt.), Mt. 25 J., Ia, I. P. 33, II. P. 4, Gesicht quer ausgetreten, Forceps weg. Fieber d. Mt., Kd. frisch abgestrbn., Wchbtt. afebr.

Nr. 141 1882, J.-Nr. 1185, I. Gesichtslg., M., 2970 gr, 49 cm., rf., frisch, Mt. 39 J., Ia, I. P. 16, II. P. 11.₅ Rot. norm., spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 142, 1882, J.-Nr. 1411, I. Gesichtslg., M., 2750 gr, 49 cm, rf., frisch, Mt. 22 J., Ia, I. P. 13, II. P. 2.₅, Rot. norm., Zwillinge spont., incompl. Dammriss, Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 143, 1882, J.-Nr. 149, I. Gesichtslg., M., rf., frisch, Mt. 24 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 11, II. P. 0.₂₅, Rot. norm., spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 144, 1882, J.-Nr. 164, I. Gesichtslg., K., 3750 gr, frisch, Mt. 34 J., IIIa, 2 norm. Geb., Gesmtd. 8 St., Rot. norm. spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 145, 1882, J.-Nr. 368, I. Gesichtsl., M., rf., frisch, Mt. 25 J., Ia, I. P. 15, II. P. 2, Rot. norm., spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 146, 1882, J.-Nr. 667, II. Gesichtslg., K., 3500 gr, 48 cm, frisch, Mt. 41 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 19, II. P. 0.₂₅, Rot. norm., spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 147, 1882, J.-Nr. 678, I. Gesichtslg., K., 4000 gr, 52 cm, frisch, Mt. 22 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 5, II. P. 0.₅, Rot. norm., spont., Wchbtt., afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 148, 1882, J.-Nr. 744, I. Gesichtslg., M., rf., frisch, Mt. 37 J., Va, 4 norm. Geb., I. P. 8, II. P. 0.₂₅, Rot. norm., spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 149, 1883, J.-Nr. 1534, I. Gesichtslg., K., rf., frisch, Mt. 28 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 4, II. P. 0.₅, Rot. norm., spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 150, 1883, J.-Nr. 1680, I. Gesichtslg., M., unrfr. (IX. L. M.), vor Beginn d. Geb. † (in beginnender Macerat.), Mt. 26 J., Ia, I. P. 19.₅, II. P. 0.₅, Rot. norm., spont., Wchbtt. afebr.

Nr. 151, 1883, J.-Nr. 1881, II. Gesichtslg., M., rf., frisch, Mt. 25 J., IVa, 3 norm. Geb., Gesmtd. 15, Rot. norm., vorzeitig. Blasensprg., spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 152, 1883, J.-Nr. 2047, II. Gesichtslg., M., 3500 gr, 50 cm, frisch, Mt. 26 J., IIa, I. P. 4, II. P. 0.₅, Rot. norm., spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 153, 1883, J.-Nr. 398, I. Gesichtslg., M., 3000 gr, frisch, Mt. 33 J., VIIa, 7 norm. Geb., Gesmtd. 21, Rot. norm., spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 154, 1883, J.-Nr. 475, I. Gesichtslg., M., 3700 gr, 52 cm, frisch, Mt. 31 J., IVa, 2 norm., 1 Zangengeb., I. P. 6, II. P. 0.₅, Rot. norm., spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 155, 1883, J.-Nr. 486, II. Gesichtslg., K., 2550 gr, 48 cm, rf., Mt. 31 J., IIa, 1 norm. Geb., Gesmtd. 55.₅, Vorfall d. Nabelschnur und einer Hand, Gesicht hochstehend bewegl. Wendung, Kind asphyctisch, wieder belebt, Wchbtt. febr., Kd. weg. Milchmgl d. Mt. 4. Tg. transf.

Nr. 156, 1883, J.-Nr. 489, I. Gesichtslg., M., 3820 gr, 53 cm, frisch, Mt. 29 J., Ia, I. P. 7, II. P. 1.₅, Rot. norm., spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 157, 1883, J.-Nr. 598, I. Gesichtslg., M., 2440 gr, 47 cm, unrfr., frisch, Mt. 22 J., Ia, I. P. 8, II. P. 1.₅, Rot. norm., spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 158, 1883, J.-Nr. 737, I. Gesichtslg., M., rf., frisch, Mt. 29 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 9, II. P. 1, Rot. norm., spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 159, 1883, J.-Nr. 2138, II. Gesichtslg., K., 3250 gr, 51 cm, frisch, Mt. 19 J., Ia, I. P. 23.₅, II. P. 1.₂₅, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 160, 1883, J.-Nr. 2378, II. Gesichtslg., M., 3500 gr, 51 cm, frisch, Mt. 28 J., Ia, I. P. 19, II. P. 3, Rot. norm., spont., Wehbt. febr. (Endometritis), Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 161, 1883, J.-Nr. 2551, I. Gesichtslg., M., rf, frisch, Mt. 20 J., Ia, I. P. 18, II. P. 0.₅, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 162, 1883, J.-Nr. 805, II. Gesichtslg., K., 2900 gr, 50 cm, rf., frisch, Mt. 24 J., Ia, I. P. 5, II. P. 2, Rot. norm., spont., incomplet. Darmriss, Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 163, 1883, J.-Nr. 966, I. Gesichtslg., M., 3000 gr, 50 cm, frisch, Mt. 26 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 11, II. P. 1, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 164, 1883, J.-Nr. 1054, I. Gesichtslg., M., rf., frisch, Mt. 26 J., IIa, I. P. 3, II. P. 0.₂₅, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 165, 1883, J.-Nr. 1087, K., unreif (VII. L. M.), Mt. 25 J., Va, 3 norm., 1 Frühgeb., Gesmtd. 4, Rot. norm., Placenta praevia lat., 4 Tg. vor d. Entbindg. heftige Blutungen, Wehenschw., spont., Kd. † (maceriert), Wehbt. afebr.

Nr. 166, 1883, J.-Nr. 1293, I. Gesichtslg., M., 3400 gr, frisch, Mt. 17 J., Ia, I. P. 21, II. P. 0.₂₅, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 4. Tg. wegen Rhagaden d. Brustwarzen d. Mt. transf.

Nr. 167, 1883, J.-Nr. 1410, I. Gesichtslg., M., 3450 gr, frisch, Mt. 39 J., Va, 3 norm. Geb., 1 (?), I. P. 4, II. P. 0.₅, Rot. norm., Hydramnion, mäßiger Hydrocephalus, spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 168, 1884, J.-Nr. 64, II. Gesichtslg., M., unreif (VIII. L. M.), Mt. 23 J., IIa, I. P. 14, II. P. 0.₂₅, Rot. norm., spont., Kd. † (maceriert), Wehbt. afebr.

Nr. 169, 1884, J.-Nr. 145, I. Gesichtslg., K., 3070 gr, 52 cm, Mt. 37 J., Ia, I. P. 96, II. P. 5, Rot. abnorm., Rigidität d. Cervix, Kd. unter d. Geb. †, Forceps am todt. Kd., incompl. Dammriss, Wehbt. febr. (Parametritis).

Nr. 170, 1881, J.-Nr. 279, I. Gesichtslg., K., 3250 gr, 51 cm, frisch, Mt. 26 J., Ia, I. P. 8, II. P. 1.₅, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. wegen Milchmangel 3. Tg. transf.

Nr. 171, 1884, J.-Nr. 10, I. Gesichtslg., K., 2900 gr, 49 cm, rf., frisch, Mt. 24 J., Ia, I. P. 5.₅, II. P. 0.₅, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 2. Tg. wegen Rhagaden d. Brustwarzen transf.

Nr. 172, 1884, J.-Nr. 2695, I. Gesichtslg., M., 3300 gr, 49 cm, frisch, Mt. 25 J., Ia, I. P. 64, II. P. 0.₅, Rot. norm., Wehenschw., spont., Kd. asphyctisch, wieder belebt, 10. Tg. entl., Wehbt. afebr.

Nr. 173, 1884, J.-Nr. 2726, I. Gesichtslg., M., 3420 gr, 52 cm, frisch, Mt. 40 J., IVa, 3 norm. Geb., Gesmtd. 7, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 174, 1884, J.-Nr. 1111, I. Gesichtslg., M., 2920 gr, 48 cm, rf., frisch, Mt. 33 J., Va, 4 norm. Geb., I. P. 44, II. P. 0.₅, Rot. norm., spont., Wehbt. febr., Kd. 2. Tg. wegen Fieber d. Mt. transf.

Nr. 175, 1884, J.-Nr. 1270, II. Gesichtslg., K., 3000 gr, 48 cm, frisch, Mt. 19 J., Ia, I. P. 24, II. P. 1.₂₅, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 176, 1884, J.-Nr. 1465, II. Gesichtslg., K., 3300 gr, 52 cm, frisch, Mt. 13 J., Ia, I. P. 8.₅, II. P. 0.₅, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 4. Tg. wegen Rhagaden d. Brustwarzen d. Mt. transf.

Nr. 177, 1884, J.-Nr. 1500, I. Gesichtslg., K., 3300 gr, 50 cm, frisch, Mt. 37 J., IIIa, 12 norm. Geb., I. P. 4.5, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 9. Tg. entl.

Nr. 178, 1884, J.-Nr. 673, II. Gesichtslg., M., 2700 gr, 50 cm, frisch, Mt. 21 J., Ia, I. P. 15, II. P. 0.25, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 179, 1884, J.-Nr. 723, I. Gesichtslg., K., 2960 gr, 48 cm, rf., frisch, Mt. 24 J., Ia, I. P. 46, II. P. 2, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 180, 1884, J.-Nr. 827, I. Gesichtslg., K., 2700 gr, 42 cm, unr., frisch, Mt. 30 J., Ia, I. P. 8, II. P. 1.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 181, 1884, J.-Nr. 836, II. Gesichtslg., M., 2450 gr, 47 cm, unr., frisch, Mt. 21 J., IIa, 1 Zangengeb., I. P. 17, II. P. 0.75, Rot. norm., zweiter Zwillings spont., Wehbt. afebr., Kd. 3. Tg. wegen Milchmgl. d. Mt. transf.

Nr. 182, 1884, J.-Nr. 2135, I. Gesichtslg., M., 3950 gr, 50 cm, frisch, Mt. 31 J., IIIa, 2 Gesichtslagen-Geb., I. P. 4, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 183, 1884, J.-Nr. 2194, I. Gesichtslg., K., 3700 gr, 52 cm, Kopfmaße: fo. 13 cm, fo.-P. 37 cm, frisch, Mt. 24 J., Ia, einf. platt. Becken, C. v. 9 cm, I. P. 72, II. P. 0.5, Stellungsverbesserungsversuch misslungen, weg. Lebensgefahr d. Kd. Forceps bei tiefem Querstand d. Ges., Rot. norm., Wehbt. febr., Kd. 3. Tg. wegen Milchmgl. d. Mt. transf.

Nr. 184, 1884, J.-Nr. 2208, I. Gesichtslg., M., 3350 gr, 52 cm, frisch, Mt. 25 J., lage, 1mal Nabelschnurvorf., einf. platt. Becken, C. v. 9 cm, I. P. 21, II. P. 0.75, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 185, 1884, J.-Nr. 2228, II. Gesichtslg., M., 3440 gr, 51 cm, frisch, Mt. 24 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 14, II. P. 0.25, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 186, 1884, J.-Nr. 2307, II. Gesichtslg., Kd., 4000 gr, 52 cm, frisch, Mt. 27 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 15, II. P. 0.5, Rot. abnorm. (?), spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 187, 1884, J.-Nr. 2392, II. Gesichtslg., K., 2600 gr, 52 cm, rf., Mt. 26 J., IIIa, 2 norm. Geb., einf. platt. Becken, C. v. 9 cm, Gesmtd. 20 St., Vorlagerung d. Nabelschnur, künstl. Blasensprg., Wendungsversuch misslungen, Nabelschnur pulslos, Craniotomie (Nabelschn. 78 cm), Wehbt. afebr.

Nr. 188, 1884, J.-Nr. 1963, I. Gesichtslg., M., 3600 gr, 50 cm, frisch, Mt. 31 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 4.5, II. P. 0.25, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 189, 1884, J.-Nr. 2033, I. Gesichtslg., K., 3900 gr, 53 cm, Mt. 29 J., Ia, einf. platt. Becken, C. v. 9 cm, Gesmtd. 38, Zangenvers. außerh. d. Anstalt bei hochstehd. Ges. Perineum eingerissen, T. 38.4°, Uterus stark gespannt, Zangenvers., dann Craniotomie am lebenden Kd., manll. Placenta-Lösung, Wehbt. afebr.

Nr. 190, 1884, J.-Nr. 1582, I. Gesichtslg., M., 2900 gr, rf., lebend, Mt. 29 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 3, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Hemicephalus $\frac{1}{4}$ St. p. part. †, Wehbt. afebr.

Nr. 191, 1884, J.-Nr. 1612, II. Gesichtslg., K., rf., frisch, Mt. 30 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 1.5, II. P. 10.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 192, 1884, J.-Nr. 1629, I. Gesichtslg., M., 2700 gr, unr., frisch, Mt. 24 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 23, II. P. 0.25, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 193, 1884, J.-Nr. 382, I. Gesichtslg., M., 2900 gr, 50 cm, rf., frisch, M. 22 J., Ia, I. P. 5, II. P. 1, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 194, 1885, J.-Nr. 1428, II. Gesichtslg., K., 3020 gr, 49 cm, frisch, Mt. 24 J., I. a, I. P. 31, II. P. 3, Rot. norm., Wehenschw., Forceps. weg. Lebensgef. d. Kd., Wehbt. febr. (einmal 38° Coprostase), Kd. entl. (?).

Nr. 195, 1885, J.-Nr. 1447, I. Gesichtslg., M., 3270 gr, 49.5 cm, frisch, Mt. 27 J., IIa, 1 norm. Geb., Gesmtd. 4.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 196, 1885, J.-Nr. 1635, I. Gesichtslg., M., 2870 gr, 48 cm, rf., frisch, Mt. 28 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 46.5, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 197, 1885, J.-Nr. 1745, I. Gesichtslg., K., 2850 gr, 50 cm, rf., frisch, M. 22 J., Ia, I. P. 25.5, II. P. 1.5, Rot. norm., spont., incompl. Dammriss, Wehbt. afebr., Kd. 2. Tg. weg. Hohlwrzn. d. Mt. transf.

Nr. 198, 1885, J.-Nr. 430, I. Gesichtslg., M., 2600 gr, 47 cm, unr., frisch, Mt. 22 J., Ia, I. P. 8, II. P. 2, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 199, 1885, J.-Nr. 530, I. Gesichtslg., M., 2780 gr, 50 cm, rf., frisch, Mt. 28 J., Ia, einf. pltt. Becken, Sp. 25 cm, Cr. 28 cm, Tr. 30.5 cm, C. ext. 18.5 cm., C. d. 10 cm, C. v. 8.5 cm, I. P. 33.5, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 2. Tg. † (Darmblutung).

Nr. 200, 1885, J.-Nr. 538, I. Gesichtslg., M., 3200 gr, 51 cm., Mt. 42 J., IXa, 8 norm. Geb., Gesmtd. 9.5, Rot. norm., spont., Kd. während d. Geb. abgestorben, Wehbt. afebr.

Nr. 201, 1885, J.-Nr. 2014, II. Gesichtslg., M., 3170 gr, 52 cm, frisch, Mt. 28 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 9, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. febr. (Bronchitis), Kd. 3. Tg. weg. Fieber d. Mt. transf.

Nr. 202, 1885, J.-Nr. 36, I. Gesichtslg., K., 3000 gr, 49 cm, rf., frisch, Mt. 36 J., VIa, 5 norm. Geb. (darunter 1 Steißgeb.), I. P. 9, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. (?), Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 203, 1885, J.-Nr. 169, II. Gesichtslg., K., 3500 gr, 50 cm, frisch, Mt. 30 J., Ia, I. P. 25, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., incomplet. Dammriss, Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 204, 1885, J.-Nr. 226, I. Gesichtslg., K., 4020 gr, 56 cm, frisch, Mt. 31 J., IIa, I. P. 19, 2. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 205, 1885, J.-Nr. 2234, I. Gesichtslg., M., 2730 gr, 48 cm, rf., Mt. 23 J., Ia, I. P. 21, II. P. 3.5, Rot. norm., Ausgangs-Forceps weg. Unhörbarwerden d. Herztöne, Episiotomie, Kd. † während d. Geb. (Nabelschnur straff gespannt um Hals und linke Schulter geschlungen), Wehbt. afebr.

Nr. 206, 1885, J.-Nr. 984, II. Gesichtslg., K., 3160 gr, 49 cm, frisch, Mt. 24 J., Ia, I. P. 18, II. P. 2, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 207, 1885, J.-Nr. 1023, I. Gesichtslg., K., 2600 gr, rf., Mt. 36 J., Xa, Gesmtd. 9., Rot. norm., Fieber, Tympania uteri, Ges. hochstehend fixiert, 1 Arm vorgefallen, reißt auf Zug aus, Extraction d. mac. Frucht, Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 208, 1885, J.-Nr. 1025, II. Gesichtslg., K., 3600 gr, 50 cm, frisch, Mt. 23 J., Ia, I. P. 16.5, II. P. 2, spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 209, 1885, J.-Nr. 1145, II. Gesichtslg., M., 3320 gr, 48 cm, rf., frisch, Mt. 24 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 2.5, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 210, 1885, J.-Nr. 2553, I. Gesichtslg., K., 3200 gr, 51 cm, frisch, Mt. 29 J., IVa, 3 norm. Geb., I. P. 17.5, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 8 Tg. weg. Hohlwarzen d. Mt. transf.

Nr. 211, 1885, J.-Nr. 2613, II. Gesichtslg., M., 2600 gr, 47 cm, unr., frisch, Mt. 23 J., Ia, I. P. 39.5, II. P. 0.5, spont., Wehbt. afebr., Kd. ledend entl. (?).

Nr. 212, 1885, J.-Nr. 2617, I. Gesichtslg., M., 3100 gr, 50 cm, frisch, Mt. 24 J., Ia, Gesamtd. 16.5, Rot. norm., incompl. Dammriss, Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 213, 1886, J.-Nr. 928, I. Gesichtslg., K., 3000 gr., 50 cm, Mt. 28 J., Ia, I. P. 36, II. P. 3.5, Rot. norm., vorzeitg. Blasensprg., Gesicht hochstehend, fixiert, Wehen schwach, weg. Fieber d. Mt. Craniotomie am leb. Kd., Wehbt. afebr.

Nr. 214, 1886, J.-Nr. 1113, I. Gesichtslg., M., 3260 gr, 51 cm, frisch, Mt. 32 J., Va, 4 norm. Geb., Gesamtd. 5., Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 215, 1886, J.-Nr. 1114, I. Gesichtslg., M., 3850 gr, 51 cm, frisch, Mt. 26 J., Ia, I. P. 5, II. P. 1.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 216, 1886, J.-Nr. 803, I. Gesichtslg., K., 3700 gr, 52 cm, frisch, Mt. 25 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 4, II. P. 3, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 217, 1886, J.-Nr. 459, Gesichtslg., K., 2500 gr, 50 cm, rf., Mt. 29 J., IVa, 2 norm., 1 Zangengeb., I. P. 13.5, II. P. 5, Craniotomie, Wehbt. afebr.

Nr. 218, 1886, J.-Nr. 517, I. Gesichtslg., M., 3400 gr, 52 cm, Mt. 23 J., Ia, I. P. 5, II. P. 7.5, Rot. norm., spont., Kd. asphyctisch wiederbelebt, 10. Tg. entl., Wehbt. afebr.

Nr. 219, 1886, J.-Nr. 575, I. Gesichtslg., K., 4000 gr, 52 cm, frisch, Mt. 26 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 15, II. P. 0.75, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 220, 1886, J.-Nr. 303, Gesichtslg., K. 3000 gr, 53 cm, Mt. 34 J., Va, 4 norm. Geb., Gesamtd. 13.5. Craniotomie, Wehbt. febr. (Endometritis).

Nr. 221, 1886, J.-Nr. 1460, I. Gesichtslg., K., 3550 gr, 51 cm, frisch, Mt. 22 J., Ia, I. P. 21, II. P. 1, Rot. norm., spont., Kd. starkes Oedem d. Halsgegend, Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 222, 1886, J.-Nr. 1959, I. Gesichtslg., M., 2550 gr, 46 cm, unr., frisch, Mt. 35 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 19, II. P. 0.25, Rot. norm., spont., Wehbt. febr., (Parametritis), Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 223, 1886, J.-Nr. 1968, I. Gesichtslg., K., 2650 gr, 47 cm, unr., frisch, Mt. 20 J., Ia, I. P. 26, II. P. 1, Rot. norm., spont., Kd. 4. Tg. † (Lebensschw.), Wehbt. afebr.

Nr. 224, 1886, J.-Nr. 1988, I. Gesichtslg., K., 4450 gr. 54 cm, frisch, Mt. 26 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 14.5, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr. Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 225, 1886, J.-Nr. 2158, I. Gesichtslg., K., 4040 gr, 53 cm, frisch, Mt. 23 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 8, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr. Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 226, 1886, J.-Nr. 2248, II. Gesichtslg., K., 2370 gr, 48 cm, unr., frisch, Mt. 21 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 3.5, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 227, 1886, J.-Nr. 1592, I. Gesichtslg., M., 3070 gr, 50 cm, frisch, Mt. 32 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 21.5, II. P. 1.25, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 228, 1886, J.-Nr. 1783, I. Gesichtslg., K., 3000 gr, 50 cm, frisch, Mt. 31 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 18, II. P. 0.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 229, 1886, J.-Nr. 1824, II. Gesichtslg., M., 4040 gr, 53 cm, frisch, Mt. 35 J., IVa, 3 norm. Geb., Gesamtd. 6, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 230, 1887, J.-Nr. 1279, I. Gesichtslg., M., 2700 gr, 48 cm, unrfr., Mt. 31 J., IIa, 3 norm. Geb., Gesmtd. 12.₂₅, Rot. norm., spont., Kd. während der Geb. abgestorb. (apfelgroße Hydrencephalocoele in der Gegend d. kleinen Fontanelle), Wehbt. afebr.

Nr. 231, 1887, J.-Nr. 1302, I. Gesichtslg., K., 3570 gr, 52 cm, frisch, Mt. 28 J., Ia, Gesmtd. 7.₅, Rot. norm., spont., incompl. Dammriss, Wehbt. (?), Kd. innerhalb d. ersten 24 St. post. part. † (Atelect. pulm.).

Nr. 232, 1887, J.-Nr. 938, I. Gesichtslg., M., 3500 gr, 50 cm, frisch, Mt. 23 J., IIa, 1 norm. Geb., Gesmtd. 8, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 233, 1887, J.-Nr. 1013, II. Gesichtslg., K., 3000 gr, 49 cm, frisch, Mt. 32 J., IIIa, 2 norm. Geb., Gesmtd. 22.₅, Rot. norm., vorzeitg. Blasensprg., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 234, 1887, J.-Nr. 1954, I. Gesichtslg., K., 3400 gr, 52 cm, frisch, Mt. 22 J., Ia, Gesmtd. 27.₅, Rot. norm., spont., incompl. Dammriss, Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 235, 1887, J.-Nr. 2061, II. Gesichtslg., K., 3550 gr, 49 cm, Kopfmaße: bit. 9 cm, bip. 10 cm, fo. 15 cm, mo. 14 cm, frisch, Mt. 22 J., IIa, 1 norm. Geb., Gesmtd. 34.₇₅, Rot. norm., starker Hängebauch, Zwillinge 1, in Geslg. 2, in Steißlg., II. Stirneinstellg., spont., in II. Gesichtslg. übergegangen, spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 236, 1887, J.-Nr. 2173, II. Gesichtslg., K., 3600 gr, 52 cm, Kopfmaße: bit. 8 cm, bip. 9.₄ cm, fo. 13 cm, mo. 13.₂, sbbrg. 10 cm, fot-P. 36 cm, mo.-P. 39 cm, frisch, Mt. 28 J., IIa, 1 norm. Geb., Gesmtd. 12.₂₅, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 237, 1887, J.-Nr. 329, I. Gesichtslg., K., 3000 gr, 52 cm, frisch, Mt. 32 J., IIa, 1 norm. Geb., Gesmtd. 7, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 238, 1887, J.-Nr. 332, II. Gesichtslg., M., 3170 gr, 50 cm, Kopfmaße: bit. 7.₅ cm, bip. 9 cm, fo. 12.₅ cm, frisch, Mt. 18 J., Ia, Gesmtd. 42, Rot. norm., -vorzeitg. Blasensprg., Stirneinstellg. in der Beckenmitte, spont., in Gesichtslg. umgew., spont. Verl., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 239, 1887, J.-Nr. 385, I. Gesichtslg., K., 3420 gr, 50.₅ cm, Kopfmaße: bit. 7.₄ cm, bip. 9.₃ cm, fo. 14.₂ cm, fo.-P. 39 cm, frisch, Mt. 36 J., VIIa, 6 lang dauernde norm. Geb., rhachit. pltt. Becken, Sp. 27 cm, Cr. 30 cm, Tr. 32 cm, C. ext., 17 cm, C. d. 10 cm, C. v. 8.₅ cm, Gesmtd. 216.₅, Rot. norm., Wehenschw., I. Stirneinstellg. am Beckenboden, spont., in Gesichtslg. umgew., spont. Verl., Wehbt. afebr., 10. Tg. entl.

Nr. 240, 1887, J.-Nr. 113, I. Gesichtslg., K., 3200 gr, 49 cm, Kopfmaße: bit. 8 cm, bip. 9.₅ cm, fo. 12.₅ cm, mo. 12.₅ cm, sbbrg. 9 cm, fo.-P. 37 cm, frisch, Mt. 25 J., Ia, Gesmtd. 1.₂₅, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 241, 1887, J.-Nr. 790, I. Gesichtslg., M., 2650 gr, 46 cm, unrfr., frisch, Mt. 21 J., Ia, Gesmtd. 39.₂₅, Rot. norm., vorzeitg. Blasensprg., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 242, 1887, J.-Nr. 2690, II. Gesichtslg., K., 2800 gr, 48½ cm, Kopfmaße: bit. 7 cm, bip. 9 cm, fo. 12 cm, mo. 13 cm, sbbrg. 8.₅ cm, fo.-P. 37 cm, rf., frisch, Mt. 24 J., Ia, Gesmtd. 42, Rot. norm., spont., incompl. Dammriss (Episiotomie), Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 243, 1887, J.-Nr. 1802, I. Gesichtslg., K., 3100 gr, 49 cm, frisch, Mt. 23 J., IIa, Gesmtd. 7, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 244, 1887, J.-Nr. 679, I. Gesichtslg., K., rf., frisch, Mt. 24 J., Ia, Gesmtd. 15.5, Rot. norm., vorzeitg. Blasensprg., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 245, 1888, J.-Nr. 896, II. Gesichtslg., K., 3300 gr, 52 cm, Kopfmaße: bit. 8 cm, bip. 9.5 cm, mo. 13.5, fo. 13.25 cm, sbbrg. 9.5 cm, fo.-P. 38 cm, frisch, Mt. 20 J., Ia, Gesmtd. 43, Rot. norm., spont., incompl. Dammriss, Wehbt. febr. (Mastitis), Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 246, 1888, J.-Nr. 460, I. Gesichtslg., K., 3450 gr, 50 cm, frisch, Mt. 23 J., IIa, 1 norm. Geb., Gesmtd. 14, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 247, 1888, J.-Nr. 558, I. Gesichtslg., K., 2880 gr, 49 cm, Kopfmaße: bit. 8.5 cm, bip. 9.8 cm, fo. 14 cm, mo. 14.5, fo.-P. 38 cm, rf., frisch, Mt. 19 J., Ia, Gesmtd. 12, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 248, 1888, J.-Nr. 625, I. Gesichtslg., M., 3420 gr, 50 cm, Kopfmaße: bit. 8 cm, bip. 9 cm, fo. 13.5 cm, mo. 13 cm, frisch, Mt. 31 J., IIIa, 2 norm. Geb., Gesmtd. 2, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 249, 1888, J.-Nr. 1407, II. Gesichtslg., M., 3100 gr, 50 cm, Kopfmaße: bit. 7.5 cm, bip. 9.5 cm, sbbrg. 10 cm, fo. 12.5 cm, mo. 13 cm, fo.-P. 36.5 cm, frisch, Mt. 17 J., IIIa, Gesmtd. 11, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 250, 1888, J.-Nr. 1643, II. Gesichtslg., M., 2850 gr, 49 cm, Kopfmaße: bip. 9 cm, fo. 13 cm, mo. 14 cm, fo.-P. 36 cm, mo.-P. 35 cm, rf., frisch, Mt. 27 J., IIa, 1 norm. Geb., Gesmtd. 3.5, Rot. norm., vorzeitg. Blasensprg., Fruchtwasser missfärbig, Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 251, 1888, J.-Nr. 1001, II. Gesichtslg., K., 3250 gr, 52 cm, Mt. 30 J., IIIa, 2 norm. Geb., Gesmtd. 25.5, Rot. norm., spont., Herztöne werden schlecht, Kd. asphyctisch nicht wiederbelebt. Austreibungsperiode 15 St. (Warum nicht Forceps?) Wehbt. afebr.

Nr. 252, 1888, J.-Nr. 1124, II. Gesichtslg., K., 700 gr, 23 cm, unr., Mt. 27 J., IIa, 1 norm. Geb., Gesmtd. 28, Rot. norm., spont., Kd. vor d. Geb. † (seit 4 Monaten Blutungen), Wehbt. afebr.

Nr. 253, 1888, J.-Nr. 1802, K., 3100 gr, 49 cm, frisch, Mt. 23 J., IIa, 1 norm. Geb., Gesmtd. 7.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 254, 1888, J.-Nr. 1996, I. Gesichtslg., K., 3100 gr, 50 cm, frisch, Mt. 27 J., IIIa, 2 norm. Geb., Gesmtd. 68.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 255, 1888, J.-Nr. 2200, I. Gesichtslg., M., 3750 gr, 50 cm, Kopfmaße: bit. 8 cm, bip. 9 cm, sbbrg. 9.5 cm, fo. 13 cm, mo. 13.5, frisch, Mt. 21 J., IIa, 1 norm. Geb., Gesmtd. 11, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 256, 1888, J.-Nr. 1652, I. Gesichtslg., K., 3470 gr, 53 cm, frisch, Mt. 28 J., IIIa, 2 norm. Geb., Gesmtd. 8, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 257, 1888, J.-Nr. 1883, I. Gesichtslg., M., 3050 gr, 49 cm, frisch, Mt. 21 J., IIa, 1 norm. Geb., Gesmtd. 27.5 cm, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 258, 1888, J.-Nr. 2285, I. Gesichtslg., K., 3070 gr, 48 cm, Mt. 16 J., Ia, Gesmtd. 40.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 259, 1888, J.-Nr. 2287, I. Gesichtslg., M., 2970 gr, 47 cm, rf., frisch, Mt. 36 J., IIa, 1 Zwillggeb., Gesmtd. 10.5, Rot. norm., spont., Wehbt. febr., (Mastitis) Kd. 10 Tg. entl.

Nr. 260, 1888, J.-Nr. 2556, II. Gesichtslg., K., 4050 gr, 54 cm, Mt. 36 J., VIa, 5 norm. Geb., Gesmtd. 8.5, Rot. norm., compl. Uterusruptur, Kd. unt. d. Geb. †, Wehenschw., Forceps a. todt. Kd., Wehbt. febr., (Peritonit. purulenta), †.

Nr. 261, 1888, J.-Nr. 1464, K., 3800 gr, 52 cm, Mt. 38 J., VIIa, Forceps-Vers. a. höchstd. Gesicht außerh. d. Anstalt, rupt. uteri, febr., in d. Anstalt Wendung. Kd. unt. d. Geb. †, Wehbt. febr., †.

Nr. 262, 1889, J.-Nr. 3014, I. Gesichtslg., K., 3400 gr, 51 cm, frisch, Mt. 24 J., IIIa, 2 norm. Geb., Gesmtd. 9.5, Rot. norm., Fruchtwasser missfärbig, spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 263, 1889, J.-Nr. 2551, I. Gesichtslg., K., 3310 gr, 49.5 cm, frisch, Mt. 26 J., IIa, 1 norm. Geb., Gesmtd. 12.5, Rot. norm., spont., Kd. 2. Tg. weg. Milchmgl. d. Mt. transf.

Nr. 264, 1889, J.-Nr. 2608, I. Gesichtslg., K., 2620 gr, 48 cm, Kopfmaße: bit. 7.5 cm, bip. 10 cm, sbbg. 9 cm, fo. 13.5 cm, mo. 12.5 cm, fo.-P. 38 cm, rf., frisch, Mt. 19 J., Ia, Gesmtd. 28, Rot. norm., Wehenschw., Herztöne dumpf, verlangs., Wehbt. afebr., Kd. 3. Tg. † (Sepsis).

Nr. 265, 1889, J.-Nr. 2818, II. Gesichtslg., M., 2720 gr, 48 cm, unrfr., frisch, Mt. 23 J., Ia, Gesmtd. 23.5, Rot. norm., spont., incompl. Dammriss, Wehbt. afebr., Kd. 2. Tg. weg. Milchmgl. d. M. transf.

Nr. 266, 1889, J.-Nr. 1960, II. Gesichtslg., M., 3350 gr, 50 cm, Kopfmaße: bit. 8.5 cm, bip. 9.5 cm, sbbg. 8.5 cm, fo. 13 cm, mo. 14 cm, fo.-P. 35 cm, frisch, Mt. 21 J., Ia, Gesmtd. 15, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 267, 1889, J.-Nr. 2102, I. Gesichtslg., K., 3100 gr, 50 cm, Kopfmaße: bit. 7 cm, bip. 9 cm, fo. 12 cm, mo. 13 cm, fo.-P. 36 cm, frisch, Mt. 39 J., VIa, 3 norm. Geb., 2 Zangengeb., rhachit., pltt. Becken, Sp. 25 cm, Cr. 27 cm, Tr. 31 cm, C. ext. 18 cm, C. d. 10.5 cm, C. v. 8.5 cm, Gesmtd. 19, Wendung, Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 268, 1889, J.-Nr. 1661, I. Gesichtslg., M., 3500 gr, 51 cm, Kopfmaße: bit. 7.5 cm, bip. 9 cm, sbbg. 9.5 cm, fo. 13 cm, mo. 15 cm, fo.-P. 39.25, Mt. 40 J., Va, 4 norm. Geb., pltt. Becken, Sp. 24 cm, Cr. 27 cm, Tr. 30 cm, C. ext. 19.5 cm, C. d. 10.5 cm, C. v. 9 cm, Querer Durchm. d. Beckenausganges 10.5 cm, Gesmtd. 67, Rot. norm., Fruchtwasser missfärbig, Herztöne dumpf, Forceps am in der Beckenmitte querstehenden Gesichte, Kd. asphyctisch, wiederbelebt, am 2. Tg. weg. Milchmgl. d. Mt. transf., Wehbt. afebr.

Nr. 269, 1889, J.-Nr. 34, I. Gesichtslg., M., 3000 gr, 49 cm, frisch, Mt. 24 J., Ia, allgem. verengt, pltt. Becken, Sp. 22 cm, Cr. 25 cm, Tr. 29 cm, C. ext. 18 cm, Gesmtd. 35, Rot. norm., Wehenschw., Forceps weg. Lebensgef. d. Kd., incompl. Dammriss, Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 270, 1889, J.-Nr. 162, II. Gesichtslg., K., 3220 gr, 50 cm, frisch, Mt. 23 J., IIa, 1 norm. Geb., Gesmtd. 10, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 271, 1889, J.-Nr. 380, I. Gesichtslg., K., 3200 gr, 50 cm, Kopfmaße: bit. 8 cm, bip. 9.5 cm, sbbg. 9.5 cm, fo. 13 cm, mo. 13.5 cm, frisch, Mt. 20 J., Ia, Gesmtd. 37, Rot. norm., vorz. Blasensprg., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 172, 1889, J.-Nr. 444, II. Gesichtslg., K., 2750 gr, 47 cm, unrfr., frisch, Mt. 22 J., Ia, Gesmtd. 40.5, Rot. norm., spont., Kd. 4. Tg. weg. Milchmgl. d. Mt. transf.

Nr. 273, 1889, J.-Nr. 892, I. Gesichtslg., K., 2950 gr, 50 cm, Mt. 23 J., IIa, 1 norm. Geb., Gesmtd. 9, Rot. norm., spont., tief asphyctisch, wiederbelebt, Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 274, 1889, J.-Nr. 1745, II. Gesichtslg., K., 2750 gr, 48 cm, rf., Mt, 26 J., Ia, Gesmtd. 22, Rot. norm., Abgang v. Meconium, spont., Kd. tief asphyctisch, wiederbelebt, Wchbtt. febr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 275, 1889, J.-Nr. 1866, I. Gesichtslg., K., 4040 gr, Mt. 27 J., Ia, Gesmtd. 44.5, vorz. Blasensprg., Wehenschw., Kd. unter d. Geb. † (Fieber d. Mt., Tympania uteri), Craniotomie, incompl. Dammriss, Wchbtt. afebr.

Nr. 276, 1889, J.-Nr. 1417, I. Gesichtslg., M., 3500 gr, 51 cm, frisch, Mt. 27 J., VIa, 5 norm. Geb., Gesmtd. 14, Rot. norm., spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 277, 1889, J.-Nr. 1433, I. Gesichtslg., K., 2850 gr, 49 cm, rf., frisch, Mt. 27 J., Ia, Gesmtd. 15.5, Rot. norm., spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 278, 1889, J.-Nr. 1487, I. Gesichtslg., M., 3000 gr, 50 cm, frisch, Mt. 25 J., IIa, Gesmtd. 11.5, Rot. norm., spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 279, 1889, J.-Nr. 1490, I. Gesichtslg., M., 2470 gr, 47 cm. Kopfmaße bit. 7.5 cm, bip. 8.5 cm, sbbgr. 8.5 cm, fo. 12 cm, mo. 13 cm, fo.-P. 36 cm, unrfr., frisch, Mt. 22 J., Ia, einf. pltt. Becken, Sp. 24 cm, Cr. 26 cm, Tr. 30 cm, C. ext. 17 cm, Gesmtd. 12.5, Rot. norm., spont., Wchbtt. afebr., Kd. 2. Tg. weg. Hohlwrzn. d. Mt. transf.

Nr. 280, 1889, J.-Nr. 1544, I. Gesichtslg., M., 2700 gr, 49 cm, rf., frisch, Mt. 20 J., Ia, Gesmtd. 6, Rot. norm., spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 281, 1890, J.-Nr. 2688, I. Gesichtslg., K., 3500 gr, 52 cm, frisch, Mt. 21 J., Ia, Gesmtd. 2, Rot. norm., spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 282, 1890, J.-Nr. 1086, I. Gesichtslg., M., 1500 gr, 40 cm, Kopfmaße: bit. 7.5 cm, bip. 8 cm, sbbgr. 9 cm, fo. 11 cm, mo. 11 cm, fo.-P. 32 cm, mo.-P. 31 cm, sbbgr.-P. 29.5 cm, unrfr., Mt. 24 J., Ia, einf. pltt. Becken, Sp. 28 cm, Cr. 30 cm, Tr. 32 cm, C. ext. 18 cm, Gesmtd. 24, Rot. norm., Uterus bicornis, vorz. Blasensprg., Rigidität d. äußeren Muttermundes, Fruchtwasser missfärbig, spont., Kd. †, während d. Geb. abgestorb., Wchbtt. afebr.

Nr. 283, 1890, J.-Nr. 1162, I. Gesichtslg., M., 2650 gr, 46 cm, unrfr., Mt. 27 J., IIa, 1 norm. Geb., Gesmtd. 1, Rot. norm., spont., Kd. kurz v. Beginn der Geb. abgestorben, Wchbtt. afebr.

Nr. 284, 1890, J.-Nr. 1174, I. Gesichtslg., K., 3100 gr, 49 cm, frisch, Mt. 28 J., IIIa, 2 norm. Geb., Gesmtd. 11.5, Rot. norm., spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 285, 1890, J.-Nr. 1185, I. Gesichtslg., M., rf., Mt. 25 J., IIa, 1 norm. Geb., Rot. norm., spont., straffe Umschlingung der Nabelschnur um d. Hals, Kd. während d. Geb. abgestorben (bei noch unvorbereiteten Weichtheilen), Wchbtt. afebr.

Nr. 286, 1890, J.-Nr. 1254, I. Gesichtslg., K., 3100 gr, 50 cm, frisch, Mt. 24 J., Ia, einf., pltt. Becken, Gesmtd. 15.75, Rot. norm., spont., Episiotomie, Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 287, 1890, J.-Nr. 1317, II. Gesichtslg., K., 3900 gr, 51 cm, frisch, Mt. 44 J., IIIa, 2 norm. Geb., Gesmtd. 8.5, Rot. norm., vorzeitg. Blasensprg., spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. entl.

Nr. 288, 1890, J.-Nr. 2628, II. Gesichtslg., K., 3300 gr, 54 cm, frisch, Mt. 25 J., IIa, 1 norm. Geb., einf. pltt. Becken, Sp. 26 cm, Cr. 30 cm, Tr. 31 cm, C. ext. 18.5, Gesmtd. 15.5, Rot. norm., spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 289, 1890, J.-Nr. 2017, I. Gesichtslg., K., 3900 gr, 53 cm, frisch, Mt. 35 J., IIa, 1 norm. Geb., Gesmtd. 11.5, Rot. norm., Vorfall d. Nabelschnur, Reposition, spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 290, 1890, J.-Nr. 2559, I. Gesichtslg., K., 3100 gr, 50 cm, frisch, Mt. 24 J., IVa, 3 norm. Geb., Gesmtd. 6.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 6. Tg. transf.

Nr. 291, 1890, J.-Nr. 2572, I. Gesichtslg., M., 2870 gr, 49 cm, Kopfmaße: bit. 7.5 cm, bip. 8.5, sbbg. 10 cm, fo. 12 cm, mo. 13 cm, rf., frisch, Mt. 26 J., IIa, 1 norm. Geb., einf. pltt. Becken, Sp. 27 cm, Cr. 30 cm, Tr. 32.5 cm, C. ext. 18 cm, Gesmtd. 7.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 292, 1890, J.-Nr. 661, II. Gesichtslg., K., 3800 gr, 52 cm, Kopfmaße: bit. 8 cm, bip. 10 cm, sbbg. 9 cm, fo. 12.5 cm, mo. 13 cm, fo.-P. 36 m, mo.-P. 39 cm, sbbg.-P. 34 cm, frisch, Mt. 25 J., IIIa, 2 norm. Geb., Sp. 24 cm, Cr. 28 cm, Tr. 32 cm, C. ext. 19 cm, Gesmtd. 11, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 293, 1890, J.-Nr. 889, I. Gesichtslg., K., 3500 gr, 51 cm, Kopfmaße: bit. 8 cm, bip. 9.5 cm, sbbg. 9 cm, fo. 13 cm, mo. 13.5, fo.-P. 36 cm, mo.-P. 38 cm, sbbg. 30 cm, frisch, Mt. 23 J., IIIa, 1 norm. Geb., 1 Querlg., einf. pltt. Becken, Sp. 23 cm, Cr. 27 cm, Tr. 31 cm, C. ext. 19 cm, Gesmtd. 16, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 5. Tg. transf.

Nr. 294, 1890, J.-Nr. 913, II. Gesichtslg., K., 2500 gr, 47 cm, Kopfmaße: bit. 7.5 cm, bip. 9 cm, sbbg. 9 cm, fo. 12 cm, mo. 13 cm, fo.-P. 34.5 cm, mo.-P. 36 cm, sbbg.-P. 31.5 cm, unrf., frisch, Mt. 31 J., IIIa, 2 norm. Geb., einf. pltt. Becken, Sp. 25.5 cm, Cr. 27.5 cm, Tr. 30 cm, C. ext. 19 cm, C. d. 10.5 cm, C. v. 9 cm, Gesmtd. 23.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 295, 1890, J.-Nr. 1009, I. Gesichtslg., K., 2950 gr, 49 cm, rf., frisch, Mt. 25 J., IIa, 1 norm. Geb., Gesmtd. 2, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 296, 1890, J.-Nr. 1628, I. Gesichtslg., K., 3300 gr, 54 cm, Kopfmaße: bit. 8 cm, bip. 9.5 cm, sbbg. 9.5 cm, fo. 13.5 cm, mo. 13.5 cm, fo.-P. 37 cm, mo.-P. 37.5 cm, sbbg.-P. 30.5 cm, frisch, Mt. 25 J., IIa, 1 norm. Geb., Sp. 26 cm, Cr. 30 cm, Tr. 34 cm, C. ext. 18.5 cm, C. d. 12 cm, C. v. 10.5 cm, Gesmtd. 15.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 297, 1890, J.-Nr. 131, I. Gesichtslg., M., unrf. (7 L. M.), Mt. 20 J., Ia, Gesmtd. 14, Rot. norm., spont., Kd. macer., Wehbt. afebr.

Nr. 298, 1891, J.-Nr. 2249, I. Gesichtslg., K., 3300 gr, 51 cm, frisch, Mt. 21 J., IIa, 1 norm. Geb., Gesmtd. 17.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 299, 1891, J.-Nr. 2261, II. Gesichtslg., M., 4250 gr, 54 cm, frisch, Mt. 25 J., IIIa, 2 norm. Geb., Sp. 25 cm, Cr. 28 cm, Tr. 31 cm, C. ext. 19 cm, C. d. 12.5 cm, C. v. 10.75 cm, Gesmtd. 17.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 300, 1891, J.-Nr. 2513, I. Gesichtslg., K., 3300 gr, 50 cm, Kopfmaße: bit. 7 cm, bip. 9 cm, sbbg. 9 cm, fo. 13 cm, mo. 13 cm, frisch, Mt. 30 J., Ia, Sp. 27 cm, Cr. 31 cm, Tr. 32 cm, C. ext. 19 cm, Gesmtd. 11.5, Rot. norm., vorzeitg. Blasensprg., Fruchtw. missfärbig, spont, incomplet. Dammriss (Episiot.), Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 301, 1891, J.-Nr. 5, I. Gesichtslg., K., 3300 gr, 50 cm, frisch, Mt. 42 J., IIa, 1 norm. Geb., Sp. 27.5 cm, Cr. 29.5 cm, Tr. 33 cm, C. ext. 18.5, Gesmtd. 11, Rot. norm., spont., Wehbt. febr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 302, 1891, J.-Nr. 2612, I. Gesichtslg., M., 3000 gr, 50 cm, frisch, Mt. 23 J., IIa, rhachit. pltt. Becken, Sp. 26 cm, Cr. 28 cm, Tr. 33 cm, C. ext. 19 cm, C. d. 11 cm, C. v. 9.25 cm, Gesmtd. 39, Rot. norm., spont., Kd. leichtes Struma (bis 4. Tg. nicht zurückgegangen), Kd. 4. Tg. transf.

Nr. 303, 1891, J.-Nr. 2714, I. Gesichtslg., K., 2800 gr, 50 cm, rf. frisch, Mt. 28 J., IIa, 1 Abort, einfach pltt. Becken, Sp. 24 cm, Cr. 28 cm, Tr. 31 cm, C. ext. 19 cm, Gesmtd. 42.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 304, 1891, J.-Nr. 2869, I. Gesichtslg., K., 2900 gr, 49 cm, rf., frisch, Mt. 31 J., Ia, einf. pltt. Becken, Sp. 25 cm, Cr. 27 cm, Tr. 31 cm, C. ext. 18.5 cm, Gesmtd. 9, Rot. norm., vorzeitg. Blasensprg. spont., Episiotomie, Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 305, 1891, J.-Nr. 2947, II. Gesichtslg., K., 3200 gr, 51 cm, frisch, Mt. 21 J., Ia, Becken norm., Gesmtd. 22, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 306, 1891, J.-Nr. 2249, I. Gesichtslg., K., 3300 gr, 51 cm, frisch, Mt. 21 J., IIa, 1 norm. Geb., rhach. pltt. Becken, Sp. 25.5 cm, Cr. 27.5 cm, Tr. 31.5 cm, C. ext. 18, Gesmtd. 17, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 307, 1891, J.-Nr. 2261, II. Gesichtslg., M., 4250 gr, 54 cm, frisch, Mt. 25 J., IIIa, 2 norm. Geb., Becken norm., Gesmtd. 17.5, Rot. norm., spont., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 308, 1891, J.-Nr. 2513, I. Gesichtslg., K., 3300 gr, 50 cm, frisch, Mt. 30 J., Ia, Becken norm., Gesmtd. 11.5, Rot. norm., Fruchtw. missf., spont., Episiotomie, Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 309, 1891, J.-Nr. 1047, I. Gesichtslg., M., rf., macer., Mt. 25 J., IIa, 1 norm. Geb., Becken norm., Gesmtd. 9.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr.

Nr. 310, 1891, J.-Nr. 1511, II. Gesichtslg., M., 3550 gr, 49.5 cm, Kopfmaße: bit. 7.5 cm, bip. 9 cm, sbbg. 11 cm, fo. 13 cm, mo. 13 cm, fo.-P. 35.5 cm, frisch, Mt. 26 J., IIa, 1 norm. Geb., Becken norm., Gesmtd. 7, Rot. norm., Stirneinstellung, spont. in Gesichtslg. umgewandelt, Wehbt. abefr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 311, 1891, J.-Nr. 1596, I. Gesichtslg., K., 3400 gr, 51 cm, frisch, Mt. 41 J., VIa, 5 norm. Geb., Becken norm., Gesmtd. 5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 312, 1891, J.-Nr. 1622, II. Gesichtslg., M., 3600 gr, 51 cm, frisch, Mt. 36 J., VIIa, 6 norm. Geb., 1 Gesichtslg., Becken norm., Gesmtd. 31 Rot. norm., außerhalb der Anstalt erfolglose Wendungs- und Forcepsversuche, spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 313, 1891, J.-Nr. 1688, I. Gesichtslg., M., 3200 gr, 50 cm, frisch, Mt. 35 J., IIIa, 2 norm. Geb., Becken norm., Gesmtd. 6, Rot. norm., vorzeitg. Blasensprg., spont., Wehbt. febr., Kd. 1. Tg. transf.

Nr. 314, 1891, J.-Nr. 1458, II. Gesichtslg., K., 3350 gr, 51 cm, frisch, Mt. 32 J., IVa, 3 norm. Geb., Sp. 25 cm, Cr. 29 cm, Tr. 30 cm, C. ext. 20 cm, Gesmtd. 7, Vorlagerung eines Fußes. Vorfall bei der Hände, Wendg., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 315, 1892, J.-Nr. 356, I. Gesichtslg., M., 2750 cm, 48 gr, rf. frisch, Mt. 26 J., Ia, Becken norm., Gesmtd. 5.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 316, 1892, J.-Nr. 491, I. Gesichtslg., K., 2720 gr, 47.5 cm, unrfr. Mt. 30 J., Ia, rhach. pltt. Becken. Sp. 27 cm, Cr. 28 cm, Tr. 32 cm, C. ext. 19 cm, C. d. 11.5 cm, C. v. 9.5 cm, Gesmtd. 91, Rot. norm., starke Dehnung des unteren Uterinsegmts., Forceps weg. Lebensgef. d. Kd., Kd. stirbt während d. Geb. ab, incomp. Dammriss, Wehbt. afebr.

Nr. 317, 1892, J.-Nr. 289, I. Gesichtslg., K., 3550 gr, 50 cm, Kopfmaße: bit. 8 cm, bip. 9 cm, sbbg. 10 cm, fo. 14 cm, mo. 14 cm, frisch, Mt. 28 J., IIa, 1 norm. Geb., Sp. 24 cm, Cr. 27 cm, Tr. 31 cm, C. ext. 20 cm, C. d. 13 cm, C.

v. 11.5, Gesmtd. 8.5, Rot. norm., Stirneinstellg., spont. in Gesichtslg. übergeg., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 318, 1892, J.-Nr. 312, I. Gesichtslg., K., 2700 gr, 47.5 cm, rf., frisch Mt. 20 J., Ia, Becken norm., Gesmtd. 20, Rot. norm., spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 319, 1892, J.-Nr. 884, I. Gesichtslg., K., 4420 gr, 56 cm, Mt. 26 J., IVa, 2 norm., 1 Zangen-Geb., Becken norm., Gesmtd. 90, Rot. norm., spont., Kind asphyct. wiederbelebt, Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 320, 1892, J.-Nr. 1359, II. Gesichtslg., M., 2920 gr, rf., Mt. 34 J., IIa, 1 norm. Geb., einf., pltt. Becken, Sp. 25 cm, Cr. 28 cm, Tr. 30 cm, C. ext. 19 cm, Gesmtd. 13.5, Rot. norm., Craniotomie am leb. Kd. weg. Fieber d. Mt. bei wenig erweitertem Muttermd. incompl. Dammriss, Wchbtt. febr.

Nr. 321, 1892, J.-Nr. 1402, I. Gesichtslg., M., 3450 gr, 52 cm, frisch, Mt. 32 J., IIa, 1 norm. Geb., einf. pltt. Becken, Sp. 25 cm, Cr. 28 cm, Tr. 29.5 cm, C. ext. 18 cm, Gesmtd. 6.5, spont., Wchbtt. afebr., Kd. 3. Tg. † (Transposit, d. Gefäße).

Nr. 322, 1892, J.-Nr. 1411, Gesichtslg., K., 1870 gr, 44 cm, unr., Mt. 2 J., IIIa, Becken norm., Gesmtd. 10.5, Rot. norm., spont., Kd. asphyct. nicht wiederbelebt (Anencephalus), Wchbtt. afebr.

Nr. 323, 1892, J.-Nr. 1426, I. Gesichtslg., K., 2800 gr, 48 cm, Kopfmaße: bit. 8 cm, bip. 9 cm, sbbrg. 9.5 cm, fo. 13 cm, mo. 12.5 cm, rf. frisch, Mt. 22 J., Ia, rhach. pltt. Becken, Sp. 25 cm, Cr. 27 cm, Tr. 31 cm, C. ext. 19 cm, Gesmtd. 5, Umwandlungsversuch (Thorn) erfolglos, spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 324, 1892, J.-Nr. 1750, I. Gesichtslg., K., 2590 gr, 47 cm, unr., frisch, Mt. 20 J., Ia, rhach. pltt. Becken, Sp. 25 cm, Cr. 27 cm, Tr. 30 cm, C. ext. 17.5 cm, C. d. 11.5 cm, C. v. 10 cm, Gesmtd. 13, Rot. norm., Ut. bicorn, Fund stark dextrovert., spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 325, 1892, J.-Nr. 2176, I. Gesichtslg., K., 3100 gr, 50 cm, frisch, Mt. 29 J., IIa, 1 norm. Geb., Becken norm., Gesmtd. 11.5, Rot. norm., spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 326, 1892, J.-Nr. 2363, I. Gesichtslg., M., 2800 gr, 49 cm, rf., frisch, Mt. 37 J., VIa, 5 norm. Geb., Becken norm., Gesmtd. 5.5, Rot. norm., spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 327, 1892, J.-Nr. 2473, I. Gesichtslg., M., 3400 gr, 51 cm, frisch, Mt. 23 J., Ia, einf. pltt. Becken, Sp. 24 cm, Cr. 29 cm, Tr. 32 cm, C. ext. 18 cm, Gesmtd. 13, Rot. norm., spont., incompl. Dammriss, Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 328, 1892, J.-Nr. 2498, I. Gesichtslg., K., 2700 gr, 48 cm, Kopfmaße: bit. 7 cm, bip. 8 cm, sbbrg. 6 cm, fo. 13 cm, mo. 13.5 cm, rf., frisch, Mt. 22 J., Ia, allgem. verengt. Becken, Sp. 20.5 cm, Cr. 23 cm, Tr. 24.5 cm, C. ext. 17.5 cm, C. d. 11 cm, C. v. 9.25 cm, Gesmtd. 11, Rot. norm., Umwandlungsversuch (Thorn) erfolglos, spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 329, 1892, J.-Nr. 2749, II. Gesichtslg., K., 320 gr, 26 cm, unr., macer. (Lues), Mt. 23 J., VIIa, habituelle Frühgeb., einf. pltt. Becken, Sp. 26 cm, Cr. 28 cm, Tr. 30 cm, C. ext. 17 cm, C. d. 12 cm, C. v. 10.25 cm, Gesmtd. 12.5, Rot. norm., Vorfall einer unt. Extrem., spont., Wchbtt. afebr.

Nr. 330, 1892, J.-Nr. 2117, I. Gesichtslg., K., 2700 gr, 49 cm, rf., frisch, Mt. 36 J., Ia, Sp. 26 cm, Cr. 29 cm, Tr. 31 cm, C. ext. 20 cm, C. d. 12.5, C. v. 10.5, Gesmtd. 64, Rot. norm., spont., Kd. nussgr. Struma, Wchbtt. afebr., Kd. 3. Tg. weg. Milchmgl. d. Mt. transf.

Nr. 331, 1892, J.-Nr. 1499, II. Gesichtslg., K., 2850 gr, 47 cm, Kopfmaße: bit. 7.5 cm, bip. 7.5 cm, sbbrg. 9 cm, fo. 12 cm, mo. 12.5 cm, rf., frisch, Mt. 21 J., Ia,

einf. pltt. Becken, Sp. 24 cm, Cr. 27 cm, Tr. 30 cm, C. ext. 18 cm, Gesmtd. 15.25, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 332, 1892, J.-Nr. 2851, I. Gesichtslg., 4120 gr, 50.5 cm, frisch, Mt. 36 J., IIIa, 2 norm. Geb., Gesmtd. 23, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 333, 1892, J.-Nr. 2935, Gesichtslg., M., 2220 gr, 46 cm, unr., frisch, Mt. 24 J., IIa, 1 norm. Geb., einf. pltt. Becken, Sp. 25 cm, Cr. 27 cm, Tr. 30 cm, C. ext. 18 cm, Gesmtd. 10.25, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 334, 1892, J.-Nr. 3016, II. Gesichtslg., K., 2770 gr, 44.5 cm, rf., frisch, Mt. 24 J., Ia, Gesmtd. 15.5, Rot. norm., spont., incompl. Dammriss, Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Fälle aus der Klinik des Prof. C. Frh. v. Rokitsansky.

α) 1893, J.-Nr. 497, I. Gesichtslg., M., 3220 gr, 50 cm, Kopfmaße: bit. 7.5 cm, bip. 9 cm, sbbg. 10 cm, fo. 12.5 cm, mo. 13.5 cm, fo.-P. 35 cm, sbbg.-P. 31 cm, frisch, Mt. 34 J., IIa, 1 norm. Geb., Sp. 27 cm, Cr. 29.5 cm, Tr. 33 cm, C. ext. 20 cm, C. d. 13 cm, C. v. 11 cm, I. P. 6.5, II. P. 1.5, Rot. norm., viel Fruchtw., spont., incompl. Dammriss (Episiot.), Wehbt. febr., (leichte Mastitis). Kd. 14. Tg. entl.

β) 1893, J.-Nr. 673, II. Gesichtslg., K., 3300 gr, 51 cm, Kopfmaße: bit. 8.5 cm, bip. 10 cm, sbbg. 9 cm, fo. 13 cm, mo. 13.5 cm, fo.-P. 38 cm, sbbg.-P. 33 cm, frisch, Mt. 31 J., IVa, 3 norm. Geb., Sp. 25 cm, Cr. 28 cm, Tr. 32 cm, C. ext. 22 cm, C. d. 13 cm, C. v. 11 cm, I. P. 9.25, II. P. 0.25, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 14. Tg. entl.

γ) 1893, J.-Nr. 660, II. Gesichtslg., K., 3300 gr, 51 cm, Kopfmaße: bit. 8 cm, bip. 10 cm, sbbg. 9 cm, fo. 11.75 cm, mo. 13.5 cm, fo.-P. 34.5 cm, sbbg.-P. 31.5 cm, frisch, Mt. 29 J., IVa, 3 norm. Geb., Sp. 27 cm, Cr. 29 cm, Tr. 33 cm, C. ext. 21 cm, C. d. 13 cm, C. v. 11 cm, Sturzgeb. (wenige Minuten), Kd. Struma parenchymat. (beide Lappen hühnereigroß), Wehbt. afebr., Kd. 6. Tg. †, (Icterus gravis, Atelectasis pulm.)

δ) 1893, J.-Nr. 787, I. Gesichtslg., K., 2870 gr, 48 cm, Kopfmaße: bit. 8 cm, bip. 9 cm, sbbg. 10 cm, fo. 13 cm, mo. 13.5 cm, fo.-P. 35.5 cm, mo.-P. 38 cm, rf., frisch, Mt. 23 J., IIa, 1 norm. Geb., einf. pltt. Becken, Sp. 24 cm, Cr. 26 cm, Tr. 30 cm, C. ext. 18 cm, C. d. 11 cm, C. v. 9.25 cm, I. P. 8, II. P. 1.75, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 14. Tg. entl.

ε) 1893, J.-Nr. 779, II. Gesichtslg., M., 3320 gr, 53 cm, Kopfmaße: bit. 8 cm, bip. 9 cm, sbbg. 10 cm, fo. 12 cm, mo. 13 cm, fo.-P. 34 cm, mo.-P. 35.5 cm, frisch, Mt. 31 J., IIIa, 2 norm. Geb., einf. pltt. Becken, Sp. 27 cm, Cr. 30 cm, Tr. 32 cm, C. ext. 19.5, C. d. 10.5 cm, C. v. 8.75 cm, I. P. 19.7, II. P. 0.75, Rot. norm., ursprüngl. II. Schädelg., geht während d. Geb. spont. in II. Gesichtslg. über, Wehbt. afebr., Kd. 14. Tg. entl.

ζ) 1893, J.-Nr. 835, I. Gesichtslg., K., 2320 gr, 45 cm, Kopfmaße: bit. 7.25 cm, bip. 8 cm, fo. 11.25 cm, mo. 12.5 cm, sbbg. 9 cm, fo.-P. 35 cm, sbbg.-P. 33 cm, unr., frisch, Mt. 41 J., VIa, 5 norm. Geb., einf. pltt. Becken, Sp. 27 cm, Cr. 30 cm, Tr. 32 cm, C. d. 10 cm, C. v. 8.75 cm, Gesmtd. 7.5, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 14. Tg. entl.

η) 1893, J.-Nr. 834, I. Gesichtslg., K., 4390 gr, 55 cm, Kopfmaße: bit. 9 cm, bip. 10 cm, sbbg. 10 cm, fo. 14 cm, mo. 15 cm, fo.-P. 40 cm, sbbg.-P. 33.5 cm, frisch, Mt. 32 J., VIa, 4 norm. Geb., 1 Abort., Sp. 25.5 cm, Cr. 27.5 cm, Tr. 30 cm, C. ext. 19 cm, C. d. 12.5 cm, C. v. 11 cm, Gesmtd. 13.5, Rot. norm., Fruchtw. stark meconiumhältig, spont., Wehbt. afebr., Kd. 14. Tg. entl.

9) 1893, J.-Nr. 961, II. Gesichtslg., K., 3070 gr, 52 cm, Kopfmaße: bit. 8 cm, bip. 9.75 cm, sbbrg. 9 cm, fo. 12.25 cm, mo. 13 cm, fo.-P. 37 cm, mo.-P. 39 cm, frisch, Mt. 42 J., IIa, 1 norm. Geb., Sp. 27.5 cm, Cr. 29.5 cm, Tr. 31 cm, C. ext. 19.75 cm, C. d. 12.75 cm, C. v. 11 cm, I. P. 14, II. P. 1, Rot. norm., starker Hängebauch, Fruchtw. stark meconiumhältig, spont, Kd. 3. Tg. † (submening. Hämorrhag.), Wehbt. afebr.

II. Stirnlagen.

Stirnlagen im weiteren Sinne des Wortes kamen unter 52.464 Geburten, welche in den 18 Jahren von 1875 bis 1892 an der II. geburts-hilflichen Klinik stattfanden, 52mal vor; nur 37 davon traten auch als solche aus.¹⁾ Auf die einzelnen Jahre vertheilen sich unsere Fälle wie folgt:

Im Jahre	1875	kamen auf	2637	Geburten	2	Stirnlagen	=	0.079	Proc.
"	1876	"	2891	"	5	"	=	0.172	"
"	1877	"	3163	"	2	"	=	0.063	"
"	1878	"	3157	"	2	"	=	0.063	"
"	1879	"	3204	"	4	"	=	0.122	"
"	1880	"	3329	"	4	"	=	0.120	"
"	1881	"	3533	"	6	"	=	0.169	"
"	1882	"	2245	"	4	"	=	0.177	"
"	1883	"	2766	"	—	"	=	—	"
"	1884	"	2867	"	2	"	=	0.069	"
"	1885	"	2818	"	3	"	=	0.106	"
"	1886	"	2679	"	4	"	=	0.148	"
"	1887	"	2745	"	2	"	=	0.072	"
"	1888	"	2672	"	3	"	=	0.112	"
"	1889	"	3021	"	1	"	=	0.033	"
"	1890	"	2710	"	3	"	=	0.110	"
"	1891	"	2949	"	2	"	=	0.067	"
"	1892	"	3078	"	3	"	=	0.099	"

In 18 Jahren kamen auf 52.464 Geburten 52 Stirnlagen = 0.099 Proc.

Nach dieser Zusammenstellung kommt also nahezu genau 1 Stirn-lage (im weiteren Sinne oder Stirneinstellung) auf je 1000 Geburten.

In den einzelnen Jahren wechselt die Häufigkeit der Stirneinstellungen zwischen 0.03 und 0.17 Proc.; nur im Jahre 1883 kam unter 2766 Geburten kein einziger Stirnlage Fall zur Beobachtung. Die Stirnlagen zeigen demnach viel größere Häufigkeits-Schwankungen, als sich bei den Gesichtslagen

¹⁾ Acht ursprüngliche Stirnlagen, welche sich im weiteren Verlauf der Geburt in Gesichtslagen umgewandelt hatten, sind daher auch schon unter diesen erwähnt worden.

gefunden haben; umso wichtiger ist es daher, nur aus einem sehr großen Materiale Schlüsse zu ziehen.

Das Verhältniß der I. zur II. Stirnlage betrug 28 : 15 (1.87 : 1) also auch nahezu 2 : 1, 9mal war es nicht angegeben, ob I. oder II. Lage bestand, daher diese Fälle hier ausgeschaltet werden.

Das obige Resultat steht in ganz auffallendem Gegensatze zu demjenigen, welches Hecker und Spiegelberg erhalten haben.¹⁾

Nach diesen Autoren verhält sich die I. zur II. Stirnlage wie 15 : 21 oder wie 1 : 1.4. Etwas weniger differieren von den unseren die Zahlen Winckel's, welcher unter 0.18 Proc. Stirnlagen, die er im Jahre 1878 beobachtete, ebensoviel I. als II. Lagen fand. Damit entfällt auch bei den Stirnlagen die Möglichkeit, die geistreiche, von Zweifel und Duncan vertretene Vermuthung, die wir schon bei den Gesichtslagen besprochen haben, bezüglich der Aetiologie dieser Lagen zu verwerthen.

Ueber den Verlauf unserer 52 Stirneinstellungen ist kurz folgendes zu berichten: 25mal gieng die Geburt spontan zu Ende, 18mal wurde darunter der Austritt der Stirnlage, 6mal in Gesichtslage und 1mal in Vorderhauptslage beobachtet; 27mal wurde die Geburt unter Kunsthilfe beendet, hiebei fand 19mal die Geburt in Stirnlage, je 2mal in Gesichtslage, Vorderhauptslage, Hinterhauptslage und Beckenendlage (nach Wendung auf den Fuß) statt. — Spontane oder durch therapeutische Eingriffe bewirkte Umwandlungen der Stirneinstellung in Gesichtslage kamen mithin im ganzen 8mal vor.

Vergleichen wir im Hinblick auf die Zahl der vorhergegangenen Geburten das Alter der 52 Mütter, so finden wir:

Von incl. 20 bis incl. 25 Jahren: 5, darunter				{	Erst-Gebärende	20 = 38.46	Proc.
				{	Mehr-	5 = 9.61	"
				{	Viel-	— = —	"
von 25 " " 30 " 9 "				{	Erst-	3 = 5.76	"
				{	Mehr-	6 = 11.53	"
				{	Viel-	— = —	"
" 30 " " 35 " 9 "				{	Erst-	1 = 1.92	"
				{	Mehr-	7 = 13.46	"
				{	Viel-	1 = 1.92	"
" 35 " " 40 " 6 "				{	Erst-	— = —	"
				{	Mehr-	3 = 5.76	"
				{	Viel-	3 = 5.76	"
" 40 " " 43 " 3 "				{	Erst-	— = —	"
				{	Mehr-	1 = 1.92	"
				{	Viel-	2 = 3.84	"

¹⁾ Zweifel, Lehrbuch der Geburtshilfe, 1892.

Unter den 52 Müttern, bei denen sich Stirneinstellung fand, waren Erst-Gebärende zwischen 20—25 Jahren am zahlreichsten vertreten, nämlich mit 20 auf 52 ($= 38.46$ Proc.); daran schließen sich die Mehr-Gebärenden von 30—35 Jahren mit 13.46 Proc., die Mehr-Gebärenden von 25—30 Jahren mit 11.53 Proc. und die Mehr-Gebärenden von 20—25 Jahren mit 9.61 Proc., der Rest, znsammen 36.94 Proc., vertheilt sich ziemlich gleichmäßig auf Erst-Gebärende, Mehr-Gebärende und Viel-Gebärende. Nur mit Rücksicht auf das Alter gruppiert, finden wir folgendes Verhalten: Von den 52 Kreißenden waren zwischen 15 und 20 Jahren keine, zwischen 20 und 30 Jahren 32, zwischen 30 und 40 Jahren 17 und zwischen 40 und 43 Jahren 3 alt.

Die jüngste Kreißende war 20 Jahre alt, die älteste 43; die älteste Erst-Gebärende war 33 Jahre, keine der übrigen Erst-Gebärenden überschritt das 29. Jahr.

Nach der Zahl der vorangegangenen Entbindungen lassen sich unsere 52 Fälle in folgender Weise zusammenstellen:

Erst - Gebärende	. 24, ($= 46.15$ Proc.);
Zweit- „	. 9,
Dritt- „	. 10,
Viert- „	. 2,
Fünft- „	. 1, Mehr-Gebärende: 22 ($= 42.3$ Proc.);
Sechst- „	. 1,
Sie bent- „	. 1,
Neunt- „	. 3,
Zehnt- „	. 1, Viel-Gebärende: 6 ($= 11.53$ Proc.).

Zusammen: 28 Mehr-Gebärende im weiteren Sinne des Wortes ($= 53.84$ Proc.).

Unter den 52 Fällen gestaltet sich das Verhältniß der Erst- zu den Mehr-Gebärenden wie 24:28 oder 1:1.16; bei den 37 Stirnlag en finden sich 17 Erst- und 20 Mehr-Gebärende; auch hier zeigt sich ein völlig gleiches Zahlenverhältniß. Es *überwiegen* also in der Gesamtheit sowohl, als bezüglich der Stirnlag en im eigentlichen Sinne die *Mehr-Gebärenden* beträchtlich an Zahl gegenüber den Erst-Gebärenden.

Eine Zusammenstellung der anamnestischen Angaben über vorausgegangene Entbindungen ergibt Folgendes:

bei 22 Müttern 1—8 normale Geburten;
 „ 1 Mutter 1 Geburt ohne genauere Angabe über die Art derselben;
 „ 1 „ 9 Frühgeburten
 „ 1 „ 1 Zangengeburt und 2 Querlag en mit Wendung;
 „ 1 „ 5 normale Entbindungen — 2 Zangengeburten —
 1 Querlage mit Wendung;

bei 1 Mutter 1 norm. und 1 Zwillingengeburt;

„ 1 „ 1 norm. und 3 Abortus.

Auffallenderweise ließ sich in keinem dieser Fälle anamnestisch etwas über eine vorhergegangene Gesichts- oder Stirnlage erfahren.

Gewicht der Kinder

zwischen 2000 gr u. 2500 gr incl. wogen 4,	nach Correctur des Gewichtsverlustes (s. pag. 69) bei den enthirnten Früchten:	. . 4 Kinder
„ 2500 „ „ 3000 „ „ „ 11,		. . 9 „
„ 3000 „ „ 3500 „ „ „ 19,		. . 20 „
„ 3500 „ „ 4000 „ „ „ 9,		. . 8 „
„ 4000 „ „ 4500 „ „ „ 2,		. . 4 „
„ 4500 „ „ 5000 „ „ „ 1,		. . 1 „

Das mittlere Gewicht von 3130¹⁾ gr (3128 Spiegelberg) wurde in 17 Fällen nicht erreicht, 29mal überschritten, und 6mal war keine Gewichtsangabe notirt; corrigirt man den durch die Craniotomie bedingten Gewichtsverlust so überschreiten 32 Kinder (61.₅₃ Proc.) das Normalgewicht.

Das größte der Kinder wog enthirnt 4600 gr, das kleinste 2250 gr.

Das Durchschnitts-Gewicht berechnet sich mit 3241 gr, übersteigt also um 111 gr das Normalgewicht.

Die Länge der Kinder betrug dabei im Mittel 50.8 cm, das längste war 60 cm, das kürzeste 42 cm lang (bei 26 der Fälle ist keine Angabe über die Länge vorhanden).

Nur bei 5 Kindern finden wir alle wichtigen Schäeldurchmesser notirt, bei dreien sind nur Angaben über einen oder den anderen Durchmesser vorhanden; daraus berechnet sich im Mittel

Mittlere Schädelmaße (nach Walther ²) bei den:				Hinter- haupts- lagen- Schädeln	Becken- endlagen- Schädeln
für den fronto-occipitalen Durchmesser	.	.	12. ₆ cm	11. ₃₇ cm	11. ₅₃ cm
" " mento-occipitalen	"	.	12. ₇₄ cm	12. ₈₉ cm	13. ₃₃ cm
" " bitemporalen	"	.	7. ₉₅ cm	8. ₀₂ cm	7. ₇₀ cm
" " biparietalen	"	.	9. ₃₈ cm	9. ₂₆ cm	9. ₄₇ cm
" " suboccipitobregmatic.	"	.	9. ₉₅ cm	9. ₂₆ cm	9. ₈₀ cm

Nur einmal ist auch der Kopfumfang angegeben und zwar mit 33.7 cm.

Die ersichtliche relative Kürze des mento-occipitalen Durchmessers von 12.74 im Vergleich zu 12.89 bei Hinterhauptslage-Schädeln und von 13.33 bei Beckenendlage-Schädeln einerseits, die Größenzunahme des

1) In dem ersten Theile, welcher über Gesichtslagen handelt, hatte ich mich nur um einen genauen Vergleich mit den Resultaten der Winckel'schen Klinik (Walther l. c.) zu ermöglichen, an das wohl etwas niedrige Normalgewicht von 3030 gr gehalten.

2) л. с.

suboccipitobregmaticus von 9.₉₆ gegenüber 9.₂₆ bei Hinterhauptslagen andererseits, ist selbstredend eine Folge der Configuration des Schädels durch die Wehen, welche den sich ungünstig einstellenden Schädel im großen schrägen Durchmesser abflachen, im Höhendurchmesser vergrößern.

Von den 52 Kindern, bei welchen ursprünglich sich die Stirne eingestellt hatte, wurden 37 (= 71.₁₅ Proc.) auch in Stirnlage geboren. Reif waren darunter im ganzen 46 (= 88.₄₆ Proc.), frühgeboren waren 6 Früchte (= 11.₅₄ Proc.), je 3 hatten den VIII. respective den IX. Lunar-Monat erreicht, alle 6 kamen lebend zur Welt.

Zweimal wurden Zwillingsgeburten beobachtet, in zwei Fällen stellte sich einer der Zwillinge in Stirnlage auf dem Beckeneingange ein; in dem einen Falle (Pt. Nr. 30), Gewicht 3550 gr, Länge 49 cm, wandelte sich die Stirneinstellung in Gesichtslage um, der andere Fall (Pt. Nr. 5), Gewicht 2250 gr, verlief als Stirnlage.

Todtgeboren wurden 14 Kinder oder 26.₉₂ Proc., und zwar gehörten diese alle den reifen Früchten an, darunter 8 Knaben und 6 Mädchen. Außerdem wurden noch 2 (= 3.₈₄ Proc.) asphyctisch geboren und konnten nicht wiederbelebt werden. Der Tod der Frucht trat ein:

1. Vor Beginn der Geburt einmal (das Kind zeigte keine Spuren von Maceration).

2. Unter der Geburt: 13mal (= 25 Proc.); bei diesen verlief die Geburt zwölfmal in Stirnlage, einmal wandelte sich die Stirnlage in eine Vorderhauptslage (Vorderscheitellage) um. Nur einmal trat der Kopf spontan aus. Zwölfmal war die Geburt operativ beendet worden. Abgesehen von 3 Fällen, in welchen das lebende Kind perforiert wurde, finden wir für das Absterben der Frucht unter der Geburt folgende Ursachen:

Einmal vorzeitiger Blasensprung, Todesursache Hirndruck, Becken weit.

Einmal vorzeitiger Blasensprung, Vorfall des rechten Fußes und der rechten Hand, Einkeilung des Kopfes, intrauterine Asphyxie, Becken normal.

Einmal vorzeitiger Blasensprung, Vorfall der Nabelschnur, intrauterine Asphyxie, einfach plattes Becken.

Einmal Schädel-Impression, Hirndruck, platt rhachit. Becken.

Einmal Nabelschnurumschlingung, intrauterine Asphyxie, relative Wehenschwäche, einfach plattes Becken.

Zweimal Wehenschwäche, intrauterine Asphyxie.

Einmal intrauterine Asphyxie (ohne genauere Angaben).

Einmal Missverhältnis zwischen großem Kind (Kopf in Stirnlage) und normalem Becken, Hirndruck.

Einmal Tympania uteri, intrauterine Asphyxie.

Dreimal war also Hirndruck und siebenmal intrauterine Asphyxie die directe Todesursache.

Dreimal fand sich vorzeitiger Fruchtwasser-Abfluss, worunter wie gewöhnlich das Zerreißen der Eihäute vor der völligen Erweiterung des Muttermundes gemeint ist (Winkel benennt den Blasensprung nach Beginn der Geburt als frühzeitigen und nur den vor Beginn der Wehen erfolgten Wasserabfluss als vorzeitigen) — in zwei von diesen Fällen war das Becken normal, einmal im geraden Durchmesser verengt. — Die Kinder waren groß (3400—3800 gr).

3. Nach der Geburt starben 2 Kinder, das eine wenige Secunden, das andere $\frac{1}{2}$ Stunde post partum — beide waren asphyctisch geboren.

24 Stunden nach der Geburt waren daher von den 52 Kindern noch am Leben: 36 Kinder. Der Gesamtverlust an Kindesleben betrug daher nach dem 1. Tage 16 (= 30.8 Proc.). Während des weiteren Aufenthaltes an der Anstalt starb 1 Kind (im Laufe des 2. Tages) an intrameningealer Hämorrhagie, sodass der Gesamtverlust an Kindern 17 (= 32.69 Proc.) betrug. Von den 35 Kindern wurden 26 (14 Mädchen und 12 Knaben) nach Verlauf der ersten 10 Tage post partum gesund entlassen, 9 (5 Mädchen und 4 Knaben) wurden schon vorher an die Findelanstalt abgegeben und zwar: am 1. Tage 1 wegen Icterus der Mutter, am 2. Tage 2 wegen Milchmangel der Mutter, am 3. Tage 5 (3 wegen Fieber der Mutter und 2 wegen Milchmangel der Mutter) und am 6. Tage 1 wegen Milchmangel der Mutter.

Von den 37 in Stirnlage ausgetretenen Kindern starben 12 während und eines $\frac{1}{2}$ Stunde nach der Entbindung, im ganzen 13 Kinder, daher beträgt hier die gesammte Mortalität 35.13 Proc.!

Eine Stunde nach der Geburt waren von den 37 Stirnlage-Kindern also noch 24 am Leben. Davon mussten 8 Kinder vor Ablauf des an der Anstalt gestatteten Normalaufenthaltes von 10 Tagen in die Findelanstalt abgegeben werden. Die übrigen 16 Kinder wurden am 10. Tage gesund aus der Anstalt entlassen. Vergleichen wir die Resultate anderer Autoren mit den unseren. Zweifel sagt: „Die Prognose der Stirnlagen ist herzlich schlecht — in 18 Fällen von Hecker — 5 Kinder todt, 6 asphyctisch, aber wiederbelebt, und nur 7 lebend zur Welt gekommen, sodass die Mortalität auf 28 Proc. berechnet würde, gegenüber einer allgemeinen Mortalität von 3.1 Proc. Todtgeburten.“ Spiegelberg hatte von 18 Kindern 8 (also 44 Proc.) todte und diese wurden geboren: 4 Kinder sehr klein, nämlich 2 Frühgeborene und 2 Zwillings-Früchte, von den 14 übrigen wurden 6 Kinder spontan, davon 2 todt, geboren, 2 durch die Zange lebend, 1 durch Wendung und Extraction todt entwickelt und 5 perforiert. Es soll sich da keineswegs häufig (bei Spiegelberg fünfmal unter 18 Fällen) um Becken

verengung gehandelt haben. Allerdings fehlen genaue Angaben über die Beckenverhältnisse.

Die Höhe der Mortalität erscheint nach den genannten Autoren noch betrübender, wenn man erfährt, dass die Kinder durchschnittlich klein (!) waren, dass das Gewicht bei Hecker durchschnittlich 2875 gr, die Länge nur 38.7 cm betrug, wobei von 18 Früchten 15 (= 83 Proc.!) unter dem Mittel blieben. (Bei unseren Fällen dagegen überschritten 32 (= 61.53 Proc.) das Mittel).

Die Geburtsdauer ist für die Eröffnungsperiode, auf 15.36, für die Austreibung auf 3.0 Stunden angegeben (Hecker). Also ist auch die Austreibungsperiode verlängert, trotzdem nur einmal enges Becken vorhanden gewesen sein soll. Zweifel schließt die Besprechung der Prognose der Stirnlagen mit den Worten: „Man kann mit vollem Recht die Stirnlagen als die Querlagen des Kopfes bezeichnen“.

Die Häufigkeit der Stirnlagen hält Zweifel deshalb als schwer festzustellen, weil man nur diejenigen Fälle als Stirnlagen gelten lassen könne, bei denen der Kopf in dieser Stellung austritt. Daher hält er auch die Berechnung Heckers auf 1:957 für zu häufig. Im Gegensatz dazu muss ich jedoch die Ansicht wiederholen, dass bezüglich der *Aetiologie* auch diejenigen Stirneinstellungen als solche in Betracht kommen, bei welchen später, sei es spontan, sei es durch einen operativen Eingriff (Wendung oder manuelle Stellungsverbesserung) eine andere Kindeslage oder Kopfstellung hergestellt wurde.

Für die *Aetiologie* der Stirnlagen sind alle diese Fälle von gleicher Wichtigkeit, ob dieselben dann beim Fortschreiten der Geburt in andere, günstigere Verhältnisse übergehen oder nicht.

Diese Ansicht legte ich zu Grunde, als ich das Häufigkeitsverhältnis der Stirnlagen mit 1:1000 berechnete; wende ich aber die von Zweifel und Küstner geforderte Bedingung auf meine 52 Fälle an, so bleiben nur 37 Stirnlagen, *sensu strictiori*, und ich erhalte dann 0.07 Proc. Geburten, bei welchen der Kopf in Stirnlage durch die Vulva trat, also 1 Stirnlage auf 1428 Geburten.

Bei einem Blick auf die oben gefundenen Zahlen fällt sofort die Größe des Durchschnittswertes für das Gewicht mit 3245 gr auf. Wie wir es bei den Gesichtslagen gesehen haben, so kommt auch für die Entstehung der Stirnlage nach den Erfahrungen wohl der meisten Autoren (Winckel, Zweifel, Hecker u. a.) das zu Gunsten des Kindes schädels veränderte Verhältnis zwischen Kindeskopf und mütterlichem Becken als wichtiger ätiologischer Factor zur Geltung.

Die gefundenen Durchschnittswerte würden mit Rücksicht auf normal weite Becken keine unproportioniert großen Kinder bedeuten,

¹⁾ Siehe Zweifel l. c.

sind jedoch nur dadurch so niedrig ausgefallen, dass auch 6 frühgeborene Kinder (3 von 8 L. M. und 3 von 9. L. M.) sowie die sämtlichen excerebrierten Früchte in die Berechnung des Durchschnittsgewichtes mit einbezogen worden sind. Es ist daher eine Correctur erforderlich. Nach Versuchen an der Leiche kann man wohl ohne bedeutend zu irren, im allgemeinen annehmen, dass mindestens $\frac{2}{3}$, meist mehr, der Hirnmasse bei richtig ausgeführter Excerebration entfernt wird. Nach Winckel beträgt das Gewicht des Gehirns beim reifen Neugeborenen 311—445 gr, im Mittel 378 gr.

Addiere ich nur $\frac{2}{3}$ davon, also 252 gr zu dem Gewichte einer jeden excerebrierten Frucht und schalte ich die 6 Frühgeburten diesmal aus, so ergibt sich ein wesentlich höheres Durchschnittsgewicht der hier in Betracht kommenden Stirnlage-Kinder, nämlich 3357.₃ gr bei einer Länge von 51.₇ cm¹⁾; auch bei den Stirnlage-Kindern ist das Verhältnis beider Zahlen zu Gunsten des Gewichtes verändert; das Gewicht verhält sich zur Länge wie 3357.₃ : 51.₇ oder wie 6493 : 100, während dieses Verhältnis in der Regel 3030 : 49.₅ oder 6121 : 100 beträgt; also auch diese Zahlen sprechen im Sinne der Ansicht, dass Kinder, welche relativ zur Länge sehr dick sind, zu Deflexionslagen, hier also zu Stirnlagen, disponiert erscheinen (Ahlfeld).

In den 52 Fällen von Stirneinstellung verhielt sich die Dauer der Geburt bei Erst- und Mehr-Gebärenden wie folgt:

Erst-Gebärende . . .	{	I. Geburts-Periode . . .	28·2 Stunden ²⁾ ,
		II. „ „ . . .	2·8 „
		Gesamtdauer . . .	31·0 Stunden,
längste Geburtsdauer 84 Stunden, kürzeste 6. ₇₅ Stunden.			
Mehr-Gebärende . . .	{	I. Geburts-Periode . . .	14·1 Stunden ³⁾ ,
		II. „ „ . . .	1·8 „
		Gesamtdauer . . .	19·5 Stunden,
längste Geburtsdauer 225·5 Stunden, kürzeste 3·25 Stunden.			

Abweichend davon sind die Mittelwerte, welche ich erhielt bei Einbeziehung der Angaben über die Geburtsdauer von Beginn der Wehen bis zum Austritt des Kindes, ohne Theilung in Erweiterungs- und Aus-

¹⁾ Die Durchschnittslänge von 51.₇ cm wurde erhalten nach Ausschaltung der Frühgeburten; um 1 $\frac{1}{2}$ cm übertrifft diese Zahl den Normalwert der Länge des reifen Kindes. Die gewöhnliche Länge von 50 cm überschritten 14 unter 26 gemessenen Kindern (also 53.₈ Proc.) und zwar maßen: 2 Kinder 50.₅ cm, 2 Kinder 51 cm, 4 Kinder 52 cm, 4 Kinder 53 cm, 1 Kind 57 cm, 1 Kind 60 cm.

²⁾ Das Mittel ist hier aus 17 Fällen berechnet, bei welchen die Dauer der I. und II. Periode getrennt notiert waren.

³⁾ Aus 13 ebensolchen Fällen (siehe oben).

treibung-Periode. Für Erst-Gebärende ergaben sich: 34 Stunden¹⁾, für Mehr-Gebärende: 31·4 Stunden²⁾ Gesamtdauer.

Darnach könnten aus der Gesamtdauer entsprechend dem Verhältnis der oben für I. und II. Periode gefundenen Zahlen die folgenden Werte berechnet werden:

für Erst-Gebärende . .	{	I. Geburts-Periode	30·93	Stunden,
		II. " "	3·07	"
		Gesammdauer	34	Stunden.
für Mehr-Gebärende . .	{	I. Periode	27·8	Stunden,
		II. "	3·6	"
		Gesammdauer	31·4	Stunden.

Um über die Geburtsdauer bei spontanem Verlauf der Stirnlagen Aufschluss zu erhalten, mussten aus der obigen Berechnung die Fälle ausgeschaltet werden, bei denen Kunsthilfe geleistet worden war, oder die Geburt nach einem anderen Mechanismus als dem der Stirnlage stattgefunden hatte. Jetzt ergab sich (bezüglich der Fälle mit getrennt angegebener Dauer):

für Erst-Gebärende . .	{	I. Periode	36·6	Stunden,
		II. „	3·1	„
		Gesamtdauer	39·7	Stunden,
für Mehr-Gebärende . .	{	I. Periode	15—	„
		II. „	1·70	„
		Gesamtdauer	16·7	Stunden.

In gleicher Weise lassen sich aus diesen Zahlen und den Durchschnittswerten für die Gesamtdauer der Geburt (34·3 für Erst- und 16·3 für Mehr-Gebärende, welche Zahlen sich als Mittel aus den Angaben über die Geburtsdauer ohne Scheidung der beiden Perioden ergeben) die folgenden Mittelwerte berechnen:

bei Erst-Gebärenden	{	I. Periode	31·6	Stunden,
		II. „	2·7	„
		Durchschnittliche Gesamtdauer	34·3	Stunden,
bei Mehr-Gebärenden .	{	I. Periode	14·63	„
		II. „	1·67	„
		Durchschnittliche Gesamtdauer	16·30	Stunden,

Vergleicht man nun diese bei Stirnlagen gefundenen Werte mit den Durchschnittsmaßen (nach Schröder³⁾), also:

¹⁾ Aus 23 Fällen.

²⁾ Aus 28 Fällen.

³⁾ Schröders Lehrbuch, 1891, p. 229.

Durchschnittsdauer bei Hinterhauptslagen:

Erst-Gebärende . . .	{	I. Periode	20	Stunden,
		II. „	1 ³ / ₄	„
		Gesamnte Geburtsdauer	21 ³ / ₄	Stunden,

Mittelwerte bei Stirnlagen:

Erst-Gebärende . . .	{	I. Periode	31·6	Stunden,
		II. „	2·7	„
		Gesammte Geburtsdauer	34·3	Stunden,

so zeigt die Differenz, dass bei Erst-Gebärenden mit Stirnlagen

die I. Periode um $11\frac{1}{2}$ Stunden (11·6),

„ II. „ „ 1 „ (0·95)

und die gesammte Geburtsdauer um $12\frac{1}{2}$ „ (12·55)

länger dauert, als bei normalem Hinterhaupts-Mechanismus. Etwas verschieden sind die Ergebnisse bei Mehr-Gebärenden:

Durchschnittsdauer bei Hinterhauptslagen:

Mehr-Gebärende . .	{	I. Periode	12	Stunden,
		II. „	1	„
Gesamnte Geburtsdauer			13	Stunden.

Mittelwerte bei Stirnlagen:

Mehr-Gebärende . . .	{	I. Periode	14·63	Stunden,
		II. „	1·67	„
Gesamnte Geburtsdauer			16·30	Stunden.

Die bei Mehr-Gebärenden gefundenen Werte differieren bedeutend weniger von den Durchschnittswerten bei Hinterhaupts-Mechanismus, die Differenz beträgt nämlich:

bei der I. Periode (2·63), beiläufig . . . $2\frac{1}{2}$ Stunden.

„ „ II. „ (0·67), etwas mehr als $\frac{1}{2}$ „

„ „ gesammten Geburtsdauer (3·30), beiläufig . . . $3\frac{1}{4}$ „

Für Erst- und Mehr-Gebärende ergibt sich also gemeinsam:

1. Eine Verzögerung der Geburtsdauer sowohl während der Eröffnungs- als auch während der Austreibungs-Periode.

2. Bei Erst-Gebärenden ist die Geburtsverzögerung relativ und absolut bedeutend größer, und zwar betrifft diese Verzögerung gleichmäßig die I. und II. Geburts-Periode.

Es lässt sich daraus schließen, dass die gesteigerten, an und für sich schon beträchtlichen Hindernisse, welche der fehlerhaft eingestellte Kindeskopf sowohl von Seiten der weichen, als der harten Geburtswege findet, ebenso während der Eröffnungs-, wie während der Austreibungs-Periode, entsprechend der an-

dauernden, gleichbleibenden ungünstigen Haltung, einen ziemlich gleich großen Einfluss ausüben.

Für die Annahme eines besonders erhöhten Widerstandes in der Gegend des inneren Muttermundes, der angeblich auf die Ausbildung einer Deflexionslage von Einfluss sein sollte, sprechen die gewonnenen Resultate gewiss nicht.

Die Drehung des Kopfes fand in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nach dem normalen Mechanismus der Stirnlagen statt. „Das Hinterhaupt des fast stets querstehenden Kopfes wendet sich auf dem Beckenbogen nach hinten, indem es, von der engeren seitlichen Partie des Beckens abgleitend, in der Kreuzbein-Concavität Aufnahme findet“ (Fritsch). —

Der Austritt erfolgte dann zumeist derart, dass Stirne, Augen, Nase sichtbar wurden, und, indem der Processus alveolaris des Oberkiefers sich an der Symphyse anstemmte, Scheitel und Hinterhaupt über den Damm traten und jetzt erst Mund und Kinn unter dem Schambogen erscheinen.

Unter unseren 52 Fällen wurde: 1. Normale Rotation (Kinn vorne) 35mal beobachtet; darunter war der Kopf als Stirnlage durchgetreten 27mal, als Gesichtslage durchgetreten achtmal. 2. Abnorme Rotation (Kinn hinten) bei Stirnlage einmal; 3. ausgeschaltet waren von dieser Berechnung 16 Fälle; bei diesen war der Kopf entweder spontan in einer anderen Einstellung (also nicht nach Gesichtslage- oder Stirnlage-Mechanismus) durchgetreten oder es waren operative Eingriffe vorgenommen worden, durch welche die Rotation eventuell beeinflusst worden sein konnte; es war nämlich: Die Wendung ausgeführt worden in 2 Fällen, die Craniotomie ausgeführt worden in 9 Fällen, der Kopf nach Vorderhaupt-Mechanismus entwickelt worden in 3 Fällen (zweimal mittels Forceps, einmal spontan), nach Hinterhaupt-Mechanismus durchgetreten in 2 Fällen (je einmal mittels Forceps, respective nach gelungener manueller Stellungsverbesserung entwickelt).

Für die richtige Beurtheilung der Häufigkeit der normalen oder abnormen Drehung des Kinnes (mehr nach vorne oder mehr nach hinten) durften deshalb nur die Fälle in Rechnung gezogen werden, bei welchen unverkleinerte Früchte in Stirn- oder Gesichtslage durch das Becken traten, weil in den eben besprochenen 16 Fällen ganz andere, für das Studium des Mechanismus bei Stirn- oder Gesichtslagen fremde Verhältnisse künstlich geschaffen wurden oder sich spontan ausgebildet hatten.

Der einzige beobachtete Fall von abnormer Rotation des Schädels ist der Fall Nr. 36.

Mit Hinblick auf die 2 bei Gesichtslagen beobachteten Fälle von abnormem Geburtsmechanismus wurde also, unter 362 als Stirn- oder Gesichtslagen ausgetretenen Deflexionslagen dreimal mentoposteriorer Mechanismus beobachtet; einer dieser Fälle (Gesichtslage Fall Nr. 186), welcher spontan verlief, ist allerdings nicht sicher gestellt¹⁾, von den weiteren beiden Fällen verlief der eine (Stirnlage Fall Nr. 36) auch spontan, in dem andern musste die Geburt mittels Forceps beendet werden (Fall Nr. 169, Gesichtslage); nur bei diesem letzteren Falle war das Kind todt geboren worden, in den beiden ersterwähnten kamen die Kinder lebend, nicht asphyctisch, zur Welt.

Mehrfach finden sich in der Literatur Angaben über Gesichts- und Stirnlagengeburten, welche unter abnormer Rotation (Kinn hinten) verlaufen sind, so unter anderen die Fälle von Flügel, Braxton Hicks, C. v. Braun, Köhler, Jacobs, Smellie²⁾. In dem Falle von Jacobs wurde ein 4000 gr schweres Kind in Gesichtslage mit nach hinten gerichtetem Kinn spontan, allerdings todt, geboren, nachdem erfolglose Drehungsversuche mittels der Zange vorausgegangen waren. Dass aber auch reife Kinder bei mentoposteriorem Mechanismus lebend geboren werden können, beweisen die Fälle von C. v. Braun, v. Hecker³⁾, O. v. Weiß⁴⁾ Köhler, Leopold⁵⁾, Rasch⁶⁾, welchen sich unsere Fälle anschließen,

Außer den im folgenden besprochenen Dammverletzungen wurde einmal eine incomplete Uterusruptur und ebenfalls einmal eine Vesico-cervicalfistel als Folge einer Stirnlagegeburt beobachtet. In dem ersteren Falle (Nr. 47) hatte es sich um ein plattes Becken leichten Grades (C. v. 9) und großes Kind (enthirnt, 3900 gr Gewicht) gehandelt; wegen Gefahr für die Mutter (welcher Art ist nicht angegeben) wurde die Craniotomie am lebenden Kinde ausgeführt, die Mutter starb an Sepsis. Im zweiten Falle (Nr. 33) wurde ein, enthirnt 4000 gr schweres, 60 cm langes Kind in Stirnlage nach Perforation der Stirne äußerst mühsam entwickelt — längere Zeit darnach (wie lange?) wurde eine Harnblasen-Cevixfistel bemerkt.

Dammverletzungen ereigneten sich unter den 52 Fällen 13mal (= 25 Proc.), und zwar: 12 incomplete Einrisse (dabei sind die Episiotomiewunden mitgerechnet) und 1 complete Zerreißung. Sehen wir uns nun

¹⁾ Vergl. Gesichtslagen.

²⁾ Vergl. v. Winckel, Lehrbuch, 1893, p. 368.

³⁾ v. Hecker, Beobachtungen und Untersuchungen.

⁴⁾ v. Weiss, l. c., pag. 714.

⁵⁾ Leopold, Sitzungsber. d. gyn. Gesellschaft zu Dresden, 4. December 1884, referiert im Centralbl. f. Gyn., 1885, Nr. 8.

⁶⁾ Rasch, Ueber einen Fall von Stirnlage mit nach hinten gerichtetem Kinn. Inaug.-Dissert., Würzburg, 1885, ref. Centralbl. f. Gyn., Nr. 46.

die Entstehungsursachen, insoweit sie sich für diese Fälle ermitteln lassen genauer an:

Punkt 1, der sich auf das Größenverhältnis des Kindes zur Schamöffnung bezieht, wird im allgemeinen bestätigt.

Die Kinder sind in überwiegender Mehrzahl groß und überschreiten mit Ausnahme von fünf, das Mittel von 3130 gr (Spiegelberg);

von 2250 gr bis 3130 gr inclusive wiegen 5 Kinder

„ 3130 gr „ 3500 gr „ „ 4 „

„ 3500 gr „ 4000 gr „ „ 3 „

4290 wiegt 1 Kind.

Nur bei 2 (oder bei 15 Proc.) von diesen 13 Fällen waren die Kinder spontan geboren worden. 11 Geburten oder 84,6 Proc. waren dagegen operativ beendet worden (neunmal durch die Zange, einmal durch Wendung mit darauf folgender Extraction und einmal durch Craniotomie).

Außer der absoluten Größe des Kindes überhaupt und speciell des Kopfes kommt für die Dammgebilde als wichtigstes Moment die Frage in Betracht, mit welchem Durchmesser und mit welcher Peripherie der Kopf die Vulva passiert.

Nach diesem Gesichtspunkte gruppiert finden wir bei unseren 52 Fällen, dass Dammrisse entstanden bei Durchtritt des Kopfes:

	Incomplete Rupturen				Complete Rupturen		Zahl der entsprechenden Fälle überhaupt
	Summe der spontan und operativ beendeten Fälle	bei spont. Verlauf	bei Gebrauch der Zange	nach Craniotomie	bei spont. Verlauf	bei Gebrauch der Zange	
1. in Stirnlage .	9	2	6	1	—	1	37
2. in Gesichtslage	—	—	—	—	—	—	8
3. in Vorderhauptslage	1	—	1	—	—	—	3
4. in Hinterhauptslage	1	—	1	—	—	—	2
5. als nachfolgender Kopf nach Wendung	1	—	—	—	—	—	2
1. nach Forceps .	9mal Dammrisse	—	8 incomplete	—	—	1 complete	14
2. nach Craniotomie	1mal Dammrisse	—	—	1 incomplete	—	—	9
Unter den 52 Fällen	12 = 23 Proc. incomplete Rupturen 1 = 1,9 Proc. complete Ruptur	2 = 3,85 %	9 = 17,3 %	1 = 1,9 %	—	1 = 1,9 %	52

Unter den 52 Fällen sind 12 ($= 23$ Proc.) Erst-Gebärende und 1 ($= 1.9$ Proc.) Mehr-Gebärende, zusammen 13 Wöchnerinnen mit Dammzerreißungen, unter diesen 13 sind daher die Erst-Gebärenden mit 92.3 Proc., die Mehr-Gebärenden dagegen nur mit 7.7 Proc. vertreten; unter den ersteren findet sich nur 1 Erst-Gebärende, welche das Alter von 33 Jahren überschritten hatte, alle anderen sind jünger als 30 Jahre.

Von den 52 ursprünglichen Stirneinstellungen sind 37 als Stirnlagen verlaufen, und zwar 18 spontan, 19 unter Kunsthilfe. Bei den 18 spontan verlaufenen Geburten kamen zweimal Rupturen des Dammes vor ($= 9:1$ oder in Bezug auf die 37 Fälle berechnet, 5.4 Proc.); unter den 19 operativ beendeten Stirnlagengeburten hingegen finden sich 8 Dammrisse ($= 2.38:1$ oder 21.62 Proc. der 37 Stirnlagen).

Vergleichen wir noch kurz die Angaben einiger Autoren mit den von uns erhaltenen:

		Erst- Gebärenden	Mehr- Gebärenden	Alles in allem
Schröder	fand Dammrisse bei	34.5 Proc.	9 Proc.	43.5 Proc.
Winckel	" " "	—	" "	20 "
Olshausen	" " "	21	4.7	25.7 "
Hildebrandt	" " "	—	" "	7.2 "
Hecker	" " "	—	" "	3.66 "

Unter unseren 37 Stirnlagenfällen fanden wir nun:

24.3 Proc. Dammrisse bei Erst-Gebärenden und

2.7 " " " Mehr-Gebärenden,

27 Proc. Dammrisse also alles in allem.

Auch hier, sowie bei den Gesichtslagen ergibt sich eine Differenz zu unseren Gunsten gegenüber den Angaben Schröders, sehr zu unseren Ungunsten gegenüber den Zahlen Hildebrandts und Heckers. Die bei unseren Fällen gemachten Erfahrungen halten sich ziemlich in gleicher Höhe mit den von Winckel und Olshausen gefundenen Procenten. Nun sind aber die von den Autoren angegebenen Zahlen für das Häufigkeitsverhältnis von Dammrissen überhaupt, ohne Rücksicht auf einen bestimmten Geburts-Mechanismus berechnet, und von dieser Voraussetzung ausgehend, würden unsere Resultate bei Stirnlagen auffallend günstig erscheinen, wenn nicht diese über eine so lange Reihe von Jahren zurückreichenden Aufzeichnungen über Dammrupturen berechnete Zweifel an ihrer Verlässlichkeit herausfordern würden. In den Jahren seit genauer Notierung jedes Dammeinrisses finden wir 37.5 Proc. Rupturen, das Procentverhältnis ist also so viel ungünstiger, dass es nahe liegt, Ungenauigkeiten in den Aufzeichnungen der früheren Jahre als Erklärung heranzuziehen.

Jetzt nähert sich unsere Zahl (37.5 Proc.) ganz bedeutend den 43 Proc. Schröders, indem wir 3 Dammrupturen, alle drei bei I-paren, unter 8 Stirnlagen verzeichnet finden.

Aus diesen Zusammenstellungen ergeben sich also folgende Schlüsse:

1. Bei Austritt des Schädels in Stirneinstellung sind Dammrisse überhaupt viel häufiger, als bei normalem Geburts-Mechanismus (auf die gesamten 37 Stirnlagen berechnet, 27 Proc., bezüglich der letzten Jahre sogar 37 Proc. Dammrisse.)

2. Erst-Gebärende werden von Rupturen des Dammes bei Geburten in Stirnlage unverhältnismäßig öfter betroffen als Mehr-Gebärende. Während sich bei unseren 17 Erst-Gebärenden 9mal (17:9 oder 1.9:1, oder, auf die 37 Stirnlagen bezogen: 24.32 Proc.) Dammrisse finden (darunter auch die 1 complete Zerreißung), ist unter 20 Mehr-Gebärenden nur einmal eine Dammruptur beobachtet worden (20:1 oder 2.7 Proc.).

3. Die immerhin noch absolut große Häufigkeit der Dammverletzungen bei unseren Stirnlagen darf nicht etwa ausschließlich der bedeutenderen Größe der Kinder und dem Umstande zugeschrieben werden, dass der Kopf mit seiner ungünstigsten Peripherie durch die Vulva tritt, es muss vielmehr auf die übermäßig große Operationsfrequenz bedeutend Gewicht gelegt werden.

Bei fast gleicher Anzahl der spontan (18 Fälle) und der operativ (19 Fälle) in Stirnlage vollendeten Geburten, finden wir bei den spontan verlaufenen Fällen, dass nur 2 Frauen Dammzerreißen davontrugen, während bei den letzteren sich 8 Dammrisse ereigneten, wovon 6 incomplete und 1 complete Dammruptur nach Zangenextraction und 1 incomplete nach Craniotomie beobachtet wurden.

Das Ergebnis dieser Erwägung ist, dass die Prognose in Rücksicht auf Erhaltung des Dammes bei Stirnlagen im allgemeinen nicht günstig, bei spontanem Verlauf jedoch immerhin nicht so überaus infaust ist, als es vielfach angenommen wird.

Zu Punkt 2. Bezüglich der Schnelligkeit des Durchtrittes mit Rücksicht auf Auflockerung und Dehnbarkeit des Dammes dürfte die nachfolgende Gruppierung von Interesse sein: Die sämtlichen (37) Stirnlagen-Fälle sind entsprechend der Dauer der Austreibungs-Periode gruppiert und diejenigen, bei denen eine Dammruptur erfolgte, mit denen ohne solche Verletzung verglichen.

Bei 37 in Stirnlage beendeten Geburten:

a) erfolgten Rupturen des Dammes, bei Dauer der Austreibungs-Periode bis zu:

				I-parae	Pluriparae
$\frac{1}{4}$ Stunde	in —	Fällen	—	—	—
$\frac{1}{2}$ "	—	"	—	—	—
1 "	1	" (Forc.)	1	—	—
$1\frac{1}{2}$ "	1	" (spont.)	1	—	—
2 "	—	"	—	—	—
3 "	2	"	2	—	—
4 "	1	"	1	—	—
5 "	—	"	—	—	—
7 "	1	"	1	—	—
Summe 6 Rupturen			6	—	—

b) blieb der Damm unversehrt, bei Dauer der Austreibungs-Periode bis zu:

				I-parae	Pluriparae
$\frac{1}{4}$ Stunde	in 1	Fällen	—	1	—
$\frac{1}{2}$ "	3	"	—	3	—
1 "	3	"	1	2	—
$1\frac{1}{2}$ "	1	"	1	—	—
2 "	—	"	—	—	—
3 "	3	"	3	—	—
4 "	2	"	1	1	—
5 "	1	"	—	1	—
7 "	1	"	1	—	—
Summe 15mal			7	8	—

Die Dauer der Austreibungs-Periode ist 16mal nicht angegeben, und zwar:

bei den Stirnlagen mit Dammriss 4mal; Summe: 10 Rupturen;

bei den Stirnlagen ohne Dammriss 12mal; 27mal blieb der Damm unverletzt.

Die übrigen 3 Dammzerreißen, welche unter den 52 Geburten vorkamen, erfolgten bei Austritt des Kopfes je einmal in Hinterhaupts- und Vorderhaupts-Mechanismus und 1mal nach Wendung.

Bezüglich der Prognose des Wochenbettverlaufes erinnere ich an das in dem entsprechenden Abschnitt bei den Gesichtslagen Gesagte, nur die Resultate der Jahre, in welchen die Geburten nach einem einheitlichen, in den modernen Anschauungen begründeten Principe geleitet wurden, können als Maßstab herangezogen werden, und diese Zahlen sind nur sehr klein; — 8 Fälle, darunter 1 Todesfall an Sepsis nach incompleter Uterusruptur bei plattem Becken (Fall Nr. 47), ein anderer an Endometritis puerperalis nach Zangenextraction wegen Lebensgefahr des Kindes. — (Ausführliches über Mortalität der Kinder und Verlauf des

Wochenbettes bei unseren Stirnlagen siehe bei der Besprechung der Therapie).

Vorderhaupts-, Stirn- und Gesichtslage sind nur als graduell¹⁾ verschiedene Abweichungen von dem gewöhnlichen Geburts-Mechanismus, als verschiedene Etappen einer und derselben Drehung des Kopfes um seine quere Achse aufzufassen. Deflexion, Entfernung des normalerweise dem Thorax innig anliegenden Kinns, ist das allen gemeinsame Kennzeichen.

Gemeinsam müssen daher auch für alle drei Kopfstellungen die ätiologischen Momente sein und nur die Art ihres kombinierten Vorkommens oder weitere im Verlauf der Geburt zur Geltung kommende Einflüsse bedingen die betreffs der Prognose so gründlich verschiedene Art des weiteren Verlaufes, ob nämlich die Geburt als Stirn- oder Gesichtslage beendet wird.

Gehen wir nun, dies vorausgesetzt, die Entstehungsursachen durch, welche für das Zustandekommen der Stirnlagen angeführt werden, mit Hinblick auf unsere Fälle:

Unter den 44²⁾ hier in Betracht kommenden Stirnlagen fanden sich mit geringen Abweichungen die meisten der unter Aetiologie der Gesichtslagen ausführlich kritisch beleuchteten Momente wieder:

A. Momente, welche eine Deflexion des Kopfes begünstigen:

a) Durch mechanisches Wegdrängen des Kinns von der Brust:

Größere Convolute um den Hals gelegter Nabelschnurschlingen³⁾: einmal,

b) Durch Erleichterung der Beweglichkeit und der Haltungsänderungen der Frucht,

1. Hydramnios: einmal,

2. Kleinheit der Frucht (6 Frühgeburten im VIII. und IX. L. M.),

3. größere Schlaffheit der Bauchdecken und des Uterus,

c) Schiefelage der Gebärmutter und Schief- oder Schräglage der Frucht.

B. Momente, welche ein Hängenbleiben des Hinterhauptes bedingen:

a) Missverhältnis zwischen kindlichem Schädel und mütterlichem Becken:

¹⁾ v. Winckels, Lehrbuch, p. 385.

²⁾ Ich erinnere daran, dass von den 52 Stirnlagen 8, welche sich im Verlaufe der Geburt in Gesichtslagen umgewandelt hatten und bei den letzteren schon besprochen wurden, ausgeschaltet werden mussten.

³⁾ Ueber den Wert dieses Momentes vergleiche Aetiologie der Gesichtslagen.

1. Beckenverengerung besonders im geraden Durchmesser: achtmal¹⁾ (= 18.18 Proc.),

2. relative Größe des Kindes im Vergleich zu normalem Becken,

3. Verengerung des Beckeneingangs durch Zwischenlagerung kleiner Kindestheile: dreimal, vielleicht auch durch Vorfall größerer Convolute von Nabelschnurschlingen,

b) stärkere Verlängerung des geraden Schädeldurchmessers: einmal.

Aus dem Angeführten gewinnt man im allgemeinen den Eindruck, als ob bei den Stirnlagen das Moment des Missverhältnisses zwischen Becken und Kindeschädel stärker zur Geltung komme, als bei Gesichtslagen, so fehlen hier z. B. die macerierten Früchte gänzlich und die kleineren Früchte sind nur in sehr geringer Zahl vertreten.

Diese Annahme findet ihre Erklärung in der relativen Enge des Geburtscanals, durch welche der einmal in Deflexions-Mittelstellung gebrachte Kopf in dieser sonst labilen Stellung, der Stirnlage, auch weiter hinreichend fixiert werden kann.

Ganz verschieden hievon gestaltet sich das Ergebnis, wenn man nicht das Missverhältnis zwischen Kindeschädel und einem für den betreffenden Fall im allgemeinen zu engen Becken, sondern speciell den Einfluss des abgeplatteten Beckens auf den Geburtsverlauf in Erwägung zieht: In dem oft erwähnten Zeitraum der letzten 3 Jahre finden wir bei den Gesichtslagen 44.44 Proc., bei den Stirnlagen nur 12.5 Proc. platte Becken, es lässt sich demnach annehmen, dass bei Verkürzung des geraden Beckeneingangs-Durchmessers viel eher in Folge des Hängenbleibens des Schädels mit seinem biparietalen Durchmesser unter der Wirkung des Fruchtachsendruckes eine Umwandlung der Stirneinstellung in extreme Deflexions- oder Flexionsstellung, also in Gesichts- oder Hinterhauptslage zustande kommen wird, als dies bei entsprechend weiter Conjugata der Fall wäre; mit viel mehr Wahrscheinlichkeit ist anzunehmen, dass eine Stirneinstellung bei allgemein etwas verengtem Becken bis zum Austritt aus dem Becken bestehen bleiben wird, jedoch fehlen uns darüber zahlreichere genaue Beobachtungen.

14mal, also in 34.09 Proc., findet sich bei den 44 Stirnlagen als ätiologisches Moment „Missverhältnis zwischen Becken und Kind“, sei es, dass das Becken an und für sich enge war, oder das Kind sehr

¹⁾ Ein Fall von Stirnlage bei platt.-rach. Becken musste ausgeschaltet werden, weil der Austritt durch die Vulva nach dem Gesichtslagen-Mechanismus stattfand.

groß; nicht selten treffen beide Momente zusammen, oder es wird der Raum des Beckeneinganges verengt durch kleine Theile, welche neben dem Kopfe vorgefallen sind (dreimal).

Bei dieser Anomalie der Haltung kommt es, damit eine Deflexionslage entstehe, gewiss häufig darauf an, wo der Arm oder der Fuß dem Kindeskopfe anliegt, denn auf der betreffenden Seite findet der herabtretende Kopf größeren Widerstand und wird daher auf dieser Seite zurückgehalten werden. Bei Beobachtung von Deflexionshaltungen wäre es daher von Interesse, immer genau auf das gegenseitige örtliche Verhältnis zwischen Kindeschädel und eventuell vorgefallenen kleinen Theilen (vielleicht auch massigen Schlingenconvoluten der Nabelschnur), zu achten.

Anomalien des kindlichen Körpers, welche eine Deflexion des Kopfes bedingen konnten, wie Struma congenita, starke Hautödeme an der vorderen Halsseite, Hydrothorax, Ascites¹⁾ und andere Geschwülste, wurden in unseren Fällen niemals beobachtet; zweimal nur fand sich ausgesprochene Schief Lagerung des Uterus notiert, nämlich in 2 Fällen von bedeutendem Hängebauch (über seitliche Verlagerungen der Gebärmutter, die Schief Lagerungen im gewöhnlichen Sinne des Wortes, sind keine Aufzeichnungen gemacht).

Der unter diesen Umständen die Entstehung der Deflexion begünstigende plötzliche Fruchtwasserabfluss bei vor- oder frühzeitigem Blasenprung und nach leicht beweglicher Frucht wurde sechsmal (= 13.6 Proc.) beobachtet.

Betreffs des Einflusses der geringgradigen physiologischen Schief Lagerung des Fundus nach rechts fand sich auch bei den Stirnlagen fast das gleiche den Beobachtungen einer großen Zahl von Autoren widersprechende Verhältnis; es ergab sich nämlich kein Ueberwiegen der II. Position, im Gegentheil überwog die I. Position fast um das Doppelte. Die physiologischerweise viel häufigere Dextroversion des Uterus konnte also für unsere Fälle durchaus nicht als ätiologisch wichtiges, die Deflexion des Kopfes begünstigendes Moment nachgewiesen werden. Mit größerer Wahrscheinlichkeit ist dagegen anzunehmen, dass es bei den verschiedenen zufälligen, aber meist einen stärkeren und rascher erfolgenden Lagenwechsel des Uterus mit sich bringenden Schief Lagerungen der Gebärmutter, wie sie auch physiologischerweise im gewöhnlichen Leben beispielsweise beim Bücken und verschiedenen anderen Bewegungen der Schwangeren vorkamen, in der von Duncan beschriebenen Weise zu

¹⁾ In dem an der Klinik Rokitansky beobachteten Fall (Nr. α) fanden sich mehrere dieser Momente (Ascites und Hautödeme) sehr stark entwickelt.

einer Deflexion des Kopfes kommen dürfte. Wenn nämlich bei Schief-lagerung der Gebärmutter und beweglich über dem Becken befindlichem Kopfe zugleich das Hinterhaupt nach derselben Seite gerichtet und abgewichen ist, nach welcher der Gebärmuttergrund liegt, dann soll es wegen des Hinüberfallens des Steißes nach der Hinterhauptsseite zu einer Deflexion des Kopfes (Duncan¹⁾) und dem bekannten weiteren Verlaufe kommen.

Dolichocephalie in mehr weniger ausgeprägter Weise fand sich nur viermal notiert unter 8 Fällen, von denen die Kopfmaße gemessen wurden; in einem Falle zeigte der in Stirnlage geborene Kopf ein Ueberwiegen des geraden Durchmessers; in den drei anderen Fällen handelte es sich um Kinder, welche zum Schlusse doch als Gesichtslagen geboren wurden, bei denen daher die dolichocephale Schädelform keinerlei Beweiskraft besitzt, und man sich, wie ebenfalls schon besprochen, davor hüten muss, eventuell das „post hoc“ mit dem „propter hoc“ zu indentifizieren.

Beckenenge ist neunmal angegeben. Aus den früher erwähnten Gründen lege ich der Zahl von nur 9 verengten Becken oder 17.₃ Proc. unter den 52 angeführten Geburtsfällen keine statistische Bedeutung bei für die Beurtheilung des Häufigkeitsverhältnisses von Beckenverengerung bei Stirnlagen, (die betreffenden Fälle sind Nr. 10, 11, 27, 28, 34, 40, 41, 47, 52).

Seit Einführung der systematischen Beckenmessung wurden 8 Fälle von Stirneinstellung beobachtet, darunter nur ein plattes Becken (oder 12.₅ Proc).

Unter den Umständen, welche von Seiten der Mutter das normale Tiefortreten des Hinterhauptes erschweren und dadurch das Zustandekommen einer Stirnlage begünstigen sollen, wird auch wie bei den Gesichtslagen schon flüchtig gestreift, der Widerstand, welchen die den Kopf umgebenden Weichtheile der normalen Flexion des Kopfes leisten, herangezogen.

Es wurde diese Annahme mit dem angeblich häufigeren Vorkommen dieser Haltungsanomalie bei Erst-Gebärenden in Verbindung gebracht. Schon Hecker betont, dass man den Einfluss der Weichtheile nicht zu hoch anschlagen dürfe; noch entschiedener sprechen die bei unseren Fällen gewonnenen Resultate dagegen.

Unter den 52 Frauen, bei denen wir Stirnlagen (im weiteren Sinne) fanden, stehen den 24 Erst-Gebärenden (= 46.₁₅ Proc.) 28 Mehr-Gebärende (= 53.₈₄ Proc.) gegenüber; nicht nur fand sich also kein etwa bedeutendes Ueberwiegen der Erst-Gebärenden, wie man es, dieses

¹⁾ Duncan, Edinb. u. J. 1870 und Edinb. obst. tr. 1872, citiert in Schröders Lehrbuch d. Geb., p. 214.

ätiologische Moment vorausgesetzt, erwarten müsste, sondern es fanden sich sogar bei den Wiederholt-Gebärenden um 7.₆₉ Proc. häufiger Stirnlagen.

Diese eben angeführten Thatsachen berechtigen zu dem Schlusse, dass der Widerstand von Seiten der den kindlichen Kopf umgebenden Weichtheile auf das Zustandekommen der Deflexionslagen, speciell der Stirn- und Gesichtslagen, überhaupt keinen Einfluss haben dürfte.

Viele der überaus zahlreichen von den Autoren angeführten, ursächlichen Momente wirken beim Zustandekommen der Deflexion zusammen; welches der einzelnen Momente, ob es die große Menge des Fruchtwassers, eine kleine, bewegliche, eventuell macerierte Frucht, Zwillinge, Schiefllagerung der Gebärmutter, oder im Gegentheil sehr große Frucht, Beckenverengerung oder ein anderes begünstigendes Moment sei, lässt sich in dem einzelnen Falle nicht immer genau, manchmal gar nicht feststellen; meist kommen mehrere dieser Momente combinirt vor (unter unseren Fällen wurde dies 8mal beobachtet). Leicht ist die Beurtheilung pathologischer Veränderungen am Kinde selbst (Struma congenita, Hydrothorax, Geschwülste und Hemicephalie), meist kann man mit Bestimmtheit ihre ätiologische Bedeutung feststellen.

Sind einmal die Gründe für eine mäßige Deflexion des Kopfes vorhanden, so lässt sich auf Grund dieser Basis die weitere Steigerung derselben bis zur Stirn- und Gesichtslage durch genaueres Studium des Geburtsmechanismus leicht erklären.

Es braucht das Hinterhaupt nur einen mäßigen Widerstand zu finden, damit es unter Zusammenwirken noch eines oder des anderen Hilfsmomentes zu Vorderhaupt- (Vorderscheitellage), Stirn- oder Gesichtslage kommt. Am häufigsten bleibt es bei der Vorderhauptslage, oder, allerdings viel seltener, die Deflexion wird complet, und es wird eine Gesichtslage daraus — die zwischen beiden liegende Stirnlage ist ungleich seltener; auf 325 Gesichtslagen — es sind hier nur die Fälle gerechnet, in welchen der Kopf nach Gesichtslagen-Mechanismus ausgetreten ist — kommen unter 52.464 während eines Zeitraumes von 18 Jahren beobachteten Geburten nur 37 wirkliche Stirnlagen, oder auf 1 Stirnlage kommen 8.₇₈ Gesichtslagen.

Entsprechend der einheitlichen Auffassung der drei Deflexionslagen ist schon aus logischen Gründen anzunehmen, dass die meisten Gesichtslagen erst durch ein mehr minder kurz andauerndes Stadium der Stirneinstellung hindurchgehen, was die Erfahrung zur Genüge bestätigt; die Stirnlage ist eben eine labile Uebergangseinstellung, welche nur bestehen bleiben kann, wenn der Widerstand auf beiden Hebelarmen gleich bleibt, eine Aenderung in der Vertheilung der Widerstände muss den Uebergang in eine stabilere Lage bewirken. Dafür spricht auch

die bekannte Beobachtung, dass bei ursprünglichen, lange verharrenden Stirneinstellungen oft noch am Beckenboden die Umwandlung in Gesicht- oder Hinterhauptlage erfolgt. (Fall Nr. 238 und 239.)

Bei Besprechung der Therapie schien es mir von Vortheil, das bei Gesichts- und Stirnlagen beobachtete Vorgehen in innigem Zusammenhange mit dem bei der Prognose dieser Kindeslagen schon Gesagten gemeinsam abzuhandeln. In den dortselbst gebrachten statistischen Angaben finden sich die Belege für die im nachstehenden geschilderten therapeutischen Grundsätze.

Die besprochenen Geburten haben sich im Laufe der 18 Jahre unter drei Leitern der Klinik ereignet. Getreu den Grundsätzen Boers galt und gilt auch heute noch der Grundsatz, sich bei Leitung irgend einer Geburt aufs äußerste conservativ zu verhalten; gilt dies schon von normalen Geburten überhaupt, so gilt dies noch in erhöhtem Maße gegenüber einer Gesichtsgeburt.

Falls die räumlichen Verhältnisse die Entbindung per vias naturales überhaupt möglich erscheinen lassen, wird gewartet, nur wenn die bekannten Indicationen, also Lebensgefahr von Seiten der Mutter (drohende Uterus-ruptur, hohes Fieber, Eclampsie, hochgradige Athemnoth bei Herz- und Lungen-Erkrankungen) oder Lebensgefahr des Kindes unser Eingreifen dringend erheischen, wird je nach dem Einzelfalle immer in der für die Mutter schonendsten Weise die Geburt beendet. Dieser Grundsatz galt bisher, in welchem Momente auch die Symphyseotomie in Frage kommt, so unverrückt, dass auch wiederholt an die Perforation des lebenden Kindes geschritten wurde; bei unseren Gesichtslagen war dies 5mal, bei den Stirnlagen 3mal der Fall. Dies die allgemeinen Grundzüge unseres therapeutischen Verhaltens. — Betreffs der einzelnen Stadien des Geburtsverlaufes sind einige Einzelheiten zu besprechen. Steht der vorliegende Theil beweglich auf oder in dem Beckeneingang, so kann bei uncomplicirter Gesichts- oder Stirneinstellung immerhin versucht werden, durch äußere Handgriffe die Lordose der Wirbelsäule in die kyphotische Normalhaltung umzuwandeln. Unter unseren Fällen verfüge ich über keine diesbezügliche Beobachtung; der Grund dürfte wohl darin liegen, dass man infolge des bei Gesichtslagen so häufig auftretenden vorzeitigen Blasensprunges nur selten das nöthige Maß von Beweglichkeit der Frucht antrifft, welches Bedingung dieses Eingriffes ist; bei unseren Gesichts- und Stirnlagen waren nur combinirte Handgriffe behufs Herstellung einer besseren Kindeslage angewendet worden; 4mal bei den Gesichtslagen und 3mal bei lange dauerndem Tiefstand der Stirne.

Die Umwandlungsversuche erscheinen bei lange verharrenden Stirneinstellungen dadurch berechtigt, dass von den primären Stirnein-

stellungen einige wenige nicht zu Gesichtslagen werden, sondern Stirnlagen bis zum vollendeten Austritt des Kopfes bleiben. Es kommen hier die schon von Moriceau (1668) und vielen anderen, neuerdings von Thorn¹⁾ angegebenen, theils äußeren, theils combinirten Handgriffe einerseits, die Wendung auf einen Fuss andererseits, in Betracht. Hier tritt uns nun eine Differenz in der Art des Verhaltens gegenüber der Stirneinstellung und der Gesichtslage entgegen. Während im vorigen Jahrhundert das active Verfahren bei Gesichtslagen — Umwandlung einer jeden Gesichtslage in eine Hinterhauptslage — vielfach, fast allgemein geübt wurde, trat Boer mit seinem gewaltigen Einflusse gegen dieses Verfahren auf. Lange Jahre hindurch blieb seine Lehre, die Gesichtslagengeburten nur diätetisch zu leiten, herrschend, erst seit den letzten Decennien wurde ein activeres Verfahren bei Gesichtslagen von Pippingsköld, Freund, Fritsch, Brenneke, Schatz und, in den allerletzten Jahren, von Bayer, Thorn und Ziegenspeck wieder lebhaft empfohlen. Küstner²⁾ fasst kurz und übersichtlich die verschiedenen Vorschläge zusammen: Bayer will nur die Deflexionshaltung, also die im Beginn einer Gesichtslagengeburt bekanntlich ungemein häufige Stirneinstellung in Hinterhauptslage umwandeln. Nach Bayer und Ziegenspeck führt man den Handgriff so aus, dass man mit einer Hand in das Genitale der Kreissenden eingeht und, während diese Hand das Gesicht hinauf schiebt, die andere Hand von außen in dem gleichen Sinne arbeitend das Hinterhaupt ins Becken drückt. Schatz versucht nur durch äußere Handgriffe die Lordose der Wirbelsäule in die physiologische Kyphose zu verwandeln; einerseits wird durch Druck auf die Brust, andererseits durch Druck von hintenher gegen das Beckenende getrachtet die Wirbelsäule wieder in die gewöhnliche, nach hinten convexe Lage zu bringen; war dabei der Kopf noch genügend frei beweglich, so legte sich das Kinn wieder der Brust an, und die Hinterhauptslage war hergestellt. — Thorn verbindet die Vortheile beider Handgriffe: während die äußere Hand auf den Steiß in der Richtung von hinten nach vorne drückt, also die Wirbelsäule nach hinten convex zu machen trachtet — schiebt die innere Hand das Gesicht nach oben. — Mit vollem Recht bemerkt Küstner, dass, so ungefährlich die combinirten Handgriffe zur Umwandlung der Gesichtslage in Hinterhauptslage von einem erfahrenen Geburtshelfer, unter strenger Beobachtung der modernen Asepsis ausgeführt, auch sein mögen, dieser geringe Eingriff doch nicht gerechtfertigt werde durch das Minimum, um welches die Gesichtslage in Verlauf und Prognose ungünstiger ist als die Hinterhauptslage.

¹⁾ Thorn: Z. f. Geb. u. Gyn., XIII, 1886.

²⁾ Küstner, Müllers Handbuch d. Geb. 1889, p. Bd. II. 722.

Ohne dringende Nöthigung sollte bei uncomplicierter Gesichtslage die Kreissende nicht einem intrauterinen Eingriff unterzogen werden. Von unseren Fällen, bei welchen durch combinirte Handgriffe eine Haltungsänderung der Frucht angestrebt worden war, hat allerdings nur eine Wöchnerin gefiebert, jedoch warnt v. Weiss, gestützt auf eine ungünstige Erfahrung, mit vollster Berechtigung vor allgemeiner prophylactischer Anwendung desselben bei uncomplicierten Gesichtslagen.¹⁾ Während wir uns also bei hochstehendem Gesicht rein expectativ verhalten, wäre bei denjenigen Stirneinstellungen, welche lange nach erfolgtem, vorzeitigem Blasensprunge oder bis zu nahezu völliger Erweiterung des Muttermundes persistieren, wenn die Stirne noch hochsteht, ein combinirter Haltungsverbesserungsversuch (Thorn), bei ungünstigem Verhältnis zwischen Kindeschädel und Becken jedoch die Wendung ernst in Erwägung zu ziehen. — Diese Verschiedenheit unseres Handelns ist bedingt durch die Verschiedenheit der Prognose mit Rücksicht auf die Mutter — Weichtheilsverletzungen, lange Dauer der Geburt, Infectionsgefahr — ganz besonders aber mit Rücksicht auf die Gefahr für das Leben der Frucht unter sonst gleichen Verhältnissen bei der Gesichtslage und bei der Stirnlage. Während wir bei den Stirnlagen 35 Proc. Kinder-Mortalität, 27.₀₃ Proc. Dammrupsuren — 1 Uterusrupsur (Fall Nr. 47), — und erhöhte Morbidität und Mortalität im Wochenbette finden, sind die Verhältnisse bei Gesichtslagen, wie wir schon gesehen haben, durchwegs bei weitem bessere, von den bei Hinterhauptslagen fast gar nicht verschiedene (vergleiche das bei der Prognose bezüglich der Kinder-Mortalität Mitgetheilte). Von Weichtheilsverletzungen ereigneten sich im ganzen 26 (= 7.₇₉ Proc.) Dammrisse und zwei Uterusrupsuren, von denen eine (Fall Nr. 261) fehlerhaftem therapeutischen Vorgehen außerhalb der Anstalt ganz zur Last fällt, kurz gesagt: bei der Gesichtslage ist die Prognose im allgemeinen günstig, bei der Stirnlage dagegen ziemlich zweifelhaft.

Wendet man nun irgend einen der erwähnten Handgriffe an, um die Gesichtslage in eine Hinterhauptslage umzuwandeln, so muss man selbstredend den Kopf allmählich aus der extremen Deflexion in die Flexionsstellung bringen, also künstlich den Uebergang in eine Stirnlage, wenn auch nur als Uebergangsstellung, herbeiführen, und dies halte ich für das gefährlichste Moment aller Stellungsverbesserungsversuche bei Gesichtslage: die Möglichkeit nämlich, künstlich aus einer ziemlich unschuldigen Lage eine für Mutter und Kind weit ungünstigere Einstellung des Kopfes zu bewirken!

¹⁾ v. Weiss, l. c. p. 704.

Als Beleg führe ich die folgenden beiden Fälle an; der erstangeführte (Fall Nr. 43) wurde an der Klinik Prof. Chrobaks beobachtet, den zweiten verdanke ich der liebenswürdigen Mittheilung meines Collegen Dr. Rossa.

Fall Nr. 43, Journal-Nr. 1819 — Jahr 1877. Bei einer 23 Jahre alten II.-para wird im Beginne der Geburt bei hochstehendem, noch beweglichem Gesichte ein manueller Stellungsverbesserungsversuch unternommen; die Folge war, dass sich die Stirne einstellte und tiefer trat; erst im weitem Verlauf der Geburt wandelte sich die künstlich erzeugte Stirnlage spontan wieder in die ursprüngliche Gesichtslage um. Dauer der Eröffnungsperiode 27 Stunden, der Austreibungsperiode $\frac{3}{4}$ Stunden. Das reife Kind, ein Mädchen von 3000 gr, kam lebensfrisch zur Welt. Kein Dammriss.

Journal-Nr. 307, J. 1892. A. J., 18 Jahre alte I.-para, letzte Menses am 7. October 1891; der Befund wird am 12. Juli 1892 aufgenommen. Patientin klagt seit mehreren Tagen über wehenartiges Drängen, Fundus reicht bis zum Rippenbogen, Uterus von wechselnder Resistenz, Kopf über dem Beckeneingang beweglich, sehr verbreitet, Einsenkung rechts ober dem Kopf, kleine Theile und Herztöne links. Portio flach, äußerer Muttermund ganzrandig. für zwei Querfinger, innerer für einen Finger durchgängig, Stirne vorliegend, links Nasenrücken, rechts große Fontanelle fühlbar. Nach dem Blasensprunge, welcher bei verstrichenem Muttermund stattfand, fühlt man das Gesicht beweglich im Beckeneingang. Thorn'scher Handgriff, es gelingt hiebei nicht den Kopf in die normale Flexionsstellung zu bringen, es tritt die Stirne tiefer, der Mund bleibt aber noch erreichbar. Wegen Unregelmäßigwerden der Herztöne wird an den im Beckeneingange stehenden Kopf die Zange angelegt und nun versucht durch Zug nach abwärts das Kinn zuerst unter der Symphyse zu entwickeln, jedoch erfolglos; nun werden durch Zug nach oben Augen, Stirn und Schädel langsam über den Damm gehoben, worauf dann unter Zug nach abwärts das Kinn unter der Symphyse hervortritt. Damm intact, Kind leicht asphyctisch, wird bald wiederbelebt, Wochenbett afebril, Mutter und Kind am 13. Tage gesund entlassen.

Es war daher nach versuchter Umwandlung der Gesichtslage in Hinterhauptslage die viel ungünstigere Stirneinstellung eingetreten und in derselben war auch der Durchtritt des Kopfes erfolgt.

Was die prophylactische Wendung bei Gesichtslagen anbelangt, so gilt an der Klinik Chrobak der Grundsatz, bei nur geringem Missverhältniss zwischen Kopf und Becken den spontanen Verlauf abzuwarten, aus dem Grunde, weil unter diesen Verhältnissen die spontane Beendigung der Geburt mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind viel häufiger möglich ist, als es viele Autoren annehmen. Die Vortheile, welche der Wendung nachgerühmt werden, so die „umgekehrte Keilform“ des nachfolgenden Kopfes, „bequeme Handhabe zur Ausübung der Zugkraft, ohne durch Einführen der Zangenblätter den Beckenraum zu beengen“, erhalten in solchen Fällen doch nicht mehr Kindern das Leben, als es bei dem rein expectativen Verhalten der Fall ist, und man bewahrt dabei die Kreissende vor einem sicherlich nicht bedeutungslosen Eingriff. Ausserdem weiss jeder erfahrene Geburtshelfer, welche Bedeutung die Configuration des Schädels durch die Wehen für die Ueberwindung von Beckenverengerungen hat, und welche überraschenden,

oft fast unglaublichen Effecte die mächtigen Wehen gerade beim verengten Becken erzielen!

Den Beleg für das Gesagte ergeben die folgenden Zahlen. Betreffs unserer Gesichtslagen finden wir, dass von den bei verengten Becken geborenen Kindern und spontanem Geburtsverlauf 27 lebend, 3 todt zur Welt kamen (Fall Nr. 329, 320 gr schwere Frucht, kann nicht in Rechnung gebracht werden), zweimal (Fall Nr. 24 und 282) waren die Bedingungen der Wendung allem Anscheine nach nicht vorhanden. Es verbleiben also 2 Todtgeburten.

Außerdem wurden zweimal durch die Zange lebende Kinder entwickelt (auch hier war die Geburt im Beginn unbeeinflusst, durch Kunsthilfe von statten gegangen, erst im weiteren Verlaufe war eine Indication zur Geburtsbeendigung aufgetreten), 1 Kind wurde mittels Zange todt extrahiert. Alles in allem also 29 Kinder lebend, 3 todt geboren ($29 : 3 = 9.7 : 1$).

Nach Wendung wurden 3 Kinder lebend, 1 todt (F.-Nr. 46) entwickelt ($3 : 1$); sechsmal wurde die Craniotomie, mehrmals nach vergeblichen Zangenversuchen, ausgeführt (Fall Nr. 16, 29, 79, 187, 189, 320).

Anders gestaltet sich unser Handeln bei voraussichtlich durch starkes Missverhältniss zwischen Kopf und Becken recht schwerem Geburtsverlauf; dann ist, sobald die Bedingungen erfüllt sind, auch die Indication zur Vornahme der Wendung auf einen Fuß gegeben. Es wird gewendet, weil man es in der Hand hat:

1. die Geburt in jedem beliebigen Augenblicke zu beendigen;
2. das Vorausgehen des Beckenendes für die mütterlichen Weichtheile schonender ist, und
3. weil man es hiedurch immer leicht vermeiden kann, ein lebendes Kind perforieren zu müssen.

Ad 1. Indem wir den Durchtritt des Kopfes durch die verengte Stelle des Beckens durch Zug an dem Körper der Frucht unterstützen, also der Wehenkraft zu Hilfe kommen, vermeiden wir es, dass der Kopf so enorm lange durch die Wehen allein in die verengte Stelle gepresst wird und dabei einen für die dazwischen liegenden mütterlichen Weichtheile gewiss nicht gleichgiltigen Druck ausübt; allerdings verzichten wir bei dem nachfolgenden Kopfe zum Schaden des Kindes auf die wichtige configurierende Wirkung der Wehen. Indem wir also den häufig nur wenig, oft gar nicht configurierten Kopf durch die verengte Beckenebene ziehen, setzen wir denselben, sowie die mütterlichen Weichtheile einem höheren, aber kürzer dauernden Drucke aus, was bekanntermaßen von Weichtheilen viel besser vertragen wird.

Zu Hilfe kommt uns dabei überdies die günstige Keilform des nachfolgenden Kopfes; dazu kommt noch, Punkt 3, dass nach mehr-

fachen kräftigen aber erfolglosen Extractionsversuchen das Kind immer schon abgestorben ist, wenn wir die Verkleinerung des Kindesschädels als indicirt auffassen müssen, wir also, wie erwähnt, ohne der Mutter zu schaden, immer die Craniotomie am lebenden Kinde umgehen können.

Außer dem Missverhältnisse zwischen Größe des Kindskopfes als solchem und Becken gibt auch Vorfall von Extremitäten bei Gesichts- oder Stirnlagen, also besonders beider Arme oder einer unteren Extremität zur Wendung Anlass, um die dadurch bedingte Raumbeschränkung mit ihren Folgen zu vermeiden.

Auch bei nach hinten gerichtetem Kinn und hochstehendem Kopf verhalten wir uns expectativ, weil das Kinn sich erfahrungsgemäss fast immer früher oder später nach vorne dreht. Insoferne nicht andere Complicationen, beispielsweise enges Becken oder Vorfall von Extremitäten die Wendung indicirt, wäre ein Versuch, diese ungünstige¹⁾ Einstellung durch combinirte Handgriffe (Thorn) umzuwandeln, nicht unberechtigt, insoferne als dadurch die erschöpfende, schwere Geburtsarbeit umgangen würde, welche bei mentoposteriorem Mechanismus entweder doch noch eine andere Kopfhaltung herstellt oder im ungünstigen Falle die Geburt in der erwähnten Einstellung vollendet.¹⁾

War der Kopf schon ins Becken eingetreten und blieb trotz Stellungsverbesserungsversuchen die Gesichtslage mit nach hinten gerichtetem Kinn bestehen, so wäre auch jetzt²⁾ noch ein Umwandlungsversuch anzustellen; jeder gewaltsame eingreifende Versuch dagegen, das Gesicht normal zu rotieren, so besonders mittels Zange³⁾ zu unterlassen; man verhält sich beobachtend; bei auftretender Indication zur Geburtsbeendigung würde ein schonender Versuch, den Kopf mit nach hinten gerichtetem Kinn mittels Forceps zu extrahieren, gemacht Fall (Nr. 169), wäre dies nicht ohne Anwendung roher Kraft möglich, so würde der Schädel durch die gerade zugänglichste Stelle (Glabella, Augenhöhlen) perforirt, und der enthirnte Kopf mit dem Cranioklast extrahirt werden müssen.

Verschieden sind die Verhältnisse bei lange bestehender Stirneinstellung zu beurtheilen; hier kann man die Lage der Dinge nur verbessern, gewiss nicht verschlechtern, man ist daher vollkommen berechtigt, den Versuch einer Stellungsverbesserung zu machen, eventuell vielleicht prophylactisch zu wenden.

Zur Beleuchtung des Gesagten folgt eine Zusammenstellung der nach diesen Principien behandelten Fälle bei Stirneinstellung, und zwar

¹⁾ v. Weiss l. c. p. 718.

²⁾ v. Weiss l. c. p. 718.

³⁾ v. Winckel, Lehrbuch.

vergleichsweise zuerst die von Long¹⁾ bei den in der Literatur gesammelten Fällen constatirten Resultate:

In Bezug auf das kindliche Leben ergab sich:

bei 30 spontan beendeten Stirnlagen starben	7 † = 23.3 Proc.
„ 16 durch Lageveränderung (Wendung nicht in-	
begriffen) verbesserten	1 † = 6.6 „
„ 3 „ Wendung und Extraction beendeten . . .	2 † = 66.6 „
„ 11 „ Zange extrahierten	2 † = 18.1 „
„ 8 war Craniotomie gemacht worden, also: . . .	8 † = 100 „
68	in toto 20 † = 29.4 Proc.

(Long).

Betrachten wir nun unsere Resultate bei den 52 Stirnlagen im weiteren Sinne, so finden wir:

bei 25 spontan beendeten Stirnlagen starben	1 † = 4 Proc.
„ 2 durch Lageveränderung verbesserten	1 † = 50 „
„ 2 „ Wendung (spontane Geburt des Rumpfes,	
dann Manualhilfe)	1 † = 50 „
„ 14 „ Zange extrahierten	2 † = 14.20 „
„ 9 musste die Craniotomie ausgeführt werden, daher	9 † = 100 „
52	Unmittelbar post partum im ganzen also 14 † = 26.92 Proc.

Die Differenzen der erhaltenen Procentzahlen sprechen auffallend zu Gunsten des abwartenden, nur diätetischen Verhaltens auch gegenüber einer Stirnlagegeburt, wenn sie nicht complicirt ist.

Bei den Spontangeburtten haben wir eine um 19.3 Proc. geringere Kinder-Mortalität, als sie Long berechnete. Bei den Fällen, in denen durch Forceps die Geburt beendet wurde, ist die Differenz schon viel geringer; sie beträgt 3.9 Proc. Wendung und Haltungsveränderung sind zu selten ausgeführt worden, um aus deren ungünstigen Procentverhältnissen einen Vorwurf gegen die Methoden ableiten zu können. Einer größeren Serie versuchsweise consequent nach Thorn²⁾ oder mittels prophylactischer Wendung behandelter ursprünglicher Stirnlagen bleibt die Entscheidung und das Urtheil über diese Form der activen Therapie vorbehalten.

Noch viel auffälliger ist der Unterschied, wenn wir nur die Resultate bei unseren 37 als Stirnlagen beendeten Geburten quoad vitam der Kinder zum Vergleich mit den Long'schen heranziehen. Die Kinder-Mortalität beträgt hier sofort nach der Geburt 11 (= 29.72 Proc.), dazu muss noch 1 asphyctisch zur Welt gekommenes, bald nach der Geburt gestorbenes Kind gerechnet werden, also 12 (= 32.43 Proc.); von den

¹⁾ Long (E. H. Buffalo, über Stirnlagen. Amer. Journ. of. obst. 1883).

²⁾ Vergl. v. Weiss l. c.

37 Stirnlagen sind 18 spontan, 19 nach operativen Eingriffen beendet worden. Die Operationsfrequenz beträgt somit 51.₃₅ Proc.

Von den 18 spontan geborenen Kindern kam 1 (= 5.₅ Proc.) todt zur Welt, von den 19 nach operativen Eingriffen geborenen Kindern kamen 10 (= 52.₆₃ Proc.) todt zur Welt.

Auch die Resultate der Zangenoperationen allein, also abgesehen von den Craniotomien, sind nicht günstig: 8 Kinder wurden lebend, 1 asphyctisch und 1 todt geboren; das asphyctische starb kurz nach der Entbindung, also bleiben uns 2 todte auf 8 lebende Kinder (= 25 Proc. Mortalität).

Die diesbezügliche Mortalität ist um 3.₀₃ Proc. ungünstiger als die von Long berechnete, desgleichen übersteigt zu unseren Ungunsten die Mortalität nach der Zange (25 Proc.) um 6.₉ Proc., dessen Zahl, hingegen überflügelt in günstigstem Sinne unsere relativ so geringe Anzahl von Todtgeburten, nämlich 5.₅ Proc. bei 18 spontan in Stirnlage geborenen Kindern die Resultate Longs (23.₃ Proc. Mortalität) um mehr als das vierfache. Auch diese Zahlen sprechen sicher nicht ermunternd für ein besonders actives Verhalten gegenüber einer uncomplicierten Stirnlage.

Nachdem wir uns eben mit der Prognose für das Kind bei Stirnlage genügend beschäftigt haben, erübrigt es nun noch, die Folgen dieser abnormen Kindeslage auf Leben und Gesundheit der Mutter kurz zu besprechen.

Dass operative Eingriffe und Dammrisse häufiger unvermeidbar sind als bei Gesichts- oder Hinterhaupts-Mechanismus, haben wir schon gesehen desgleichen, dass die Geburtsdauer durchschnittlich ganz beträchtlich verlängert ist, beides Momente, welche bekanntlich puerperale Erkrankung begünstigen; dementsprechend finden wir, dass unter den 52 Fällen von 13 Wöchnerinnen mit Dammverletzungen 4 ein fieberhaftes Wochenbett durchmachten, und dass von 27 Frauen, bei welchen in den Verlauf der Entbindung operativ eingegriffen wurde: 8¹⁾ (= 29.₆₂ Proc.) gefiebert haben und 3 davon (= 11.₁ Proc.) gestorben sind; bei spontanem Verlauf der Geburt dagegen haben von 25 Wöchnerinnen 3 (= 12 Proc.) gefiebert und 1 davon (= 4 Proc.) ist gestorben.

Ein Blick auf diese Zahlen zeigt, um wie viel günstiger sich auch bei den Stirnlagengeburten Mortalität und Morbidität bei Spontan-geburten gestaltet als bei operativer Intervention: Eine neue, dringende

¹⁾ Bei den 8 fiebernden Wöchnerinnen ist 1 als solche mitgezählt, welche am dritten Wochenbettstage gestorben ist, ohne dass über Todesursache oder Wochenbettsverlauf etwas angegeben wäre; ich glaube jedoch nicht fehlzugehen, wenn ich diesen einen Fall als Puerperalfieber mit in Rechnung bringe! Ohne denselben hätten wir nur 7 = 25.₉ Proc. fieberhafte Wochenbetten.

Mahnung also, sich betreffs eines activen Vorgehens strenge an die erwähnten stricten Indicationen zu halten.

Nur die Rücksicht auf die schlechte Prognose für das Kind, die lange Dauer der Geburt, die größere Häufigkeit der Dammraturen und vor allem die übrigen im weiteren Verlauf der Geburt so häufigen zwingenden Indicationen zu einem operativen Eingreifen aus Rücksicht auf die Mutter berechtigt uns, wie erwähnt, schon dann, wenn der Kopf nahezu bis zum Verstreichen des Muttermundes oder lange nach Fruchtwasserabfluss in Stirneinstellung verbleibt, activ vorzugehen, und entweder bei noch leichter beweglichem Kopfe und mangelndem Missverhältnis zwischen ersterem und Becken einen der genannten Handgriffe zur Umwandlung in Hinterhauptslage, oder eventuell die prophylactische Wendung zu machen. Immer wird die letztere, wie schon früher erwähnt, auch bei Stirnlagen am Platze sein, wenn wir es mit bedeutenderem räumlichen Missverhältnis zu thun haben.

Immerhin ist die Gesamt-Mortalität bedeutend, wenn sie auch niedriger bleibt als die von Long berechnete, und wenn auch nur ein Todesfall an Sepsis, sowie ein fieberhafter Wochenbettverlauf den letzten drei Jahren zur Last fallen. Die Stirnlage wird daher mit Recht als die prognostisch ungünstigste unter den Kopflagen und als wirklich pathologische Lage aufgefasst.

Zum Schlusse ergreife ich mit Freude die Gelegenheit, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor Chrobak für die gütige Ueberlassung des Materiales und die liebenswürdige Anregung zu dieser Arbeit meinen wärmsten Dank zu sagen und gleichzeitig meinem hochgeehrten Chef, Herrn Professor C. Frh. v. Rokitsansky ergebenst für die Erlaubnis zu danken, auch die an seiner Klinik beobachteten Fälle mit zu verwerten.

B. Stirnlagen:

Nr. 1, 1875, J.-Nr. 986 (vide Gesichtslg. Nr. 2).

Nr. 2, 1875, J.-Nr. 2478 (vide Gesichtslg. Nr. 7).

Nr. 3, 1876, J.-Nr. 812, II. Stllg., K., 4100 gr, rf., frisch, Mt. 27 J., IIa 1 norm. Geb., I. P. 24, II. P. 0.75, Rot. norm., Stirnlg. spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 4, 1876, J.-Nr. 818, II. Stllg., M., 3050 gr, rf., †, Mt. 26 J., Ia, Gesmmt. 84, Abgang v. missfärbg. Fruchtw., Tympania u. Tetan. uter., Stirnlg. im Becken eingekeilt. Craniotomie am todt. Kd. weg. Lebensgef. d. Mt., Wehbt. febr., † (Sepsis).

Nr. 5, 1876, J.-Nr. 616, I. Stllg., K., 2250 gr, unr., frisch, Mt. 31 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 3, II. P. 4.25, Rot. norm., Zwillinge, Stirnlg. spont., Wehbt. febr., † (Sepsis), Kd. a. 2. Tg. weg. Fieb. d. Mt. in Fdlh.

Nr. 6, 1876, J.-Nr. 1547, I. Stllg., K., rf., frisch, Mt. 41 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 9, II. P. 3.5, Stirnlg. spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 7, 1876, J.-Nr. 2091, I. Stllg., M., 3200 gr, rf., Mt. 21 J., Ia, I. P. 51, II. P. 2.₅, Rot. norm., Stirnlg., Forceps weg. Lebensgef. d. Kd., incompl. Dammriss, Kd. asphyct., nicht wiederbelebt (†), Wchbtt. afebr.

Nr. 8, 1877, J.-Nr. 2997, I. Stllg., M., 3250 gr, Kopfmaße: bit. 7.₃ cm, bip. 8.₇ cm, fo. 11.₅ cm, mo. 12.₂ cm, rf., frisch, Mt. 39 J., IIIa, 1mal Forceps, 1mal Querlage, I. P. 8.₅, II. P. 0.₅, Rot. norm., ursprünglich I. Gesichtslg., spont. in I. Stirnlg. umgew., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 9, 1877, J.-Nr. 145, II. Stllg., M., 3250 gr, rf., frisch, Mt. 23 J., Ia, I. P. 37, II. P. 0.₇₅, Rot. norm., Stirnlg. Forceps, die Gegend d. Tubera front. stemmen sich am Schambogen an, Scheitel und Hinterhaupt rollen über den Damm. Enorme Geburtsgeschwulst, Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 10, 1878, J.-Nr. 7, K., 2900 gr, rf., Mt. 39 J., IIa, pltt. Becken, C. v. 8.₅ cm, I. P. 19.₅, II. P. 0.₂₅, Forcepsvers. ausserh. d. Anstalt, Stirnlg., Forcepsvers. in d. Anst., Craniotomie am leb. Kd., Wchbtt. afebr.

Nr. 11, 1878, J.-Nr. 2465, II. Stllg., K., 2720 gr, rf., frisch, Mt. 24 J., Ia, pltt. Becken, C. v. 9 cm, I. P. 51, II. P. 3, Rot. norm., Wehenschw., Fruchtw. missfärbig, Stirnlg., tiefer Querstand, Forceps, Episiotomie, Wchbtt. afebr., Kd. 6. Tg. weg. Milchmgl. d. Mt. transf.

Nr. 12, 1879, J.-Nr. 1307, I. Stllg., K., rf., Mt. 28 J., Ia, pltt. Becken, C. v. 9 cm, I. P. 29, II. P. 1, vorztg. Blasensprg., Vorfall d. Nabelschn. (bald pulslos) u. eines Armes, Craniotomie am todt. Kd., Wchbtt. afebr.

Nr. 13, 1879, J.-Nr. 1359 (vide Gesichtslg. Nr. 61).

Nr. 14, 1879, J.-Nr. 140, I. Stllg., M., 3870 gr, rf., frisch, Mt. 24 J., Ia, I. P. 12, II. P. 7, Rot. norm., Stirnlg., Forceps, compl. Dammriß, Wchbtt. afebr., Kd. 2. Tg. weg. Milchmgl. d. Mt. i. Fdlh.

Nr. 15, 1879, J.-Nr. 2934, I. Stllg., M., 2850 gr, rf., frisch, Mt. 25 J., Ia, I. P. 35.₅, II. P. 2.₂₅, Stirnlg., Forceps bei tiefen Querstand weg. Lebensgef. d. Kd., Wchbtt. febr. (Endometritis), Kd. 3. Tg. weg. Fieber d. Mt. i. Fdlh.

Nr. 16, 1880, J.-Nr. 1052, I. Stllg., K., rf., frisch, Mt. 29 J., IIIa, 2 norm. Geb., Gesamtd. 6.₅, Rot. norm., Stirnlg. spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 17, 1880, J.-Nr. 2502 (vide Gesichtslg. Nr. 106).

Nr. 18, 1880, J.-Nr. 2491 (vide Gesichtslg. Nr. 107).

Nr. 19, 1880, J.-Nr. 1456 (vide Gesichtslg. Nr. 109).

Nr. 20, 1881, J.-Nr. 3466, K., rf., frisch, Mt. 22 J., Ia, I. P. 20, II. P. 1.₅, Rot. norm., Stirnlg., spont., Wchbtt. febr. (Endometrit., Hämatom d. Vagina), Kd. 3. Tg. weg. Fieber d. Mt. i. Fdlh.

Nr. 21, 1881, J.-Nr. 3224, M., 2650 gr, 49 cm, rf., Mt. 33 J., Ia, Gesmtd. 44, Wehenschw., Abg. v. Meconium, Stirne bewegl. über d. Beckeneing., Craniotomie am todt. Kd., incompl. Dammriss, Wchbtt. febr. (Parametrit.).

Nr. 22, 1881, J.-Nr. 2235, I. Stllg., K., 2700 gr, rf., frisch, Mt. 35 J., IIa, 1 norm. Geb., Gesmtd. 6, Rot. norm., Stirnlg. spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 23, 1881, J.-Nr. 1477, I. Stllg., K., 3200 gr, rf., frisch, Mt. 33 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 14, II. P. 0.₅, Rot. norm., Stirnlg. spont., Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 24, 1881, J.-Nr. 1042, I. Stllg., M., unr., frisch, Mt. 34 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 19.₅, II. P. 1, Rot. norm., Stirnlg. spont., leichte Impression a. rechten Scheitelbein, Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 25, 1881, J.-Nr. 1619, M., 3150 gr, rf., frisch, Mt. 20 J., Ia, I. P. 24, II. P. 4, Rot. norm., Wehenschw., Stirnlg., Forceps, Wchbtt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 26, 1882, J.-Nr. 1637, I. Stllg., M., 3620 gr, 57 cm, rf., Mt. 37 J., VIa, 5 norm. Geb., I. P. 14, II. P. 8, Wehenschw., Stirneinstllg. spont. in Vorderhauptslg. umgew., Forceps weg. Lebensgef. d. Kd., Kd. † (intraut. Asphyx.), Wehbt. afebr.

Nr. 27, 1882, J.-Nr. 425, I. Stllg., K., 3500 gr, 52 cm, rf., Mt. 36 J., IXa, 5 norm. Geb., 2 Forceps, 1 Querlage. pltt. Becken, C. d. 11 cm., C. v. 9 cm, Gsmtd. 72, mehrfache Forcepsvers. u. Secale ausserh. d. Anstalt, Tetanus uteri, Craniotomie am todt. Kd., Wehbt. febr., (Endometritis).

Nr. 28, 1882, J.-Nr. 446, K., 4290 gr, 53 cm, Kopfmaße: bip. 9.7 cm, sbbrg. 10.3 cm, fo. 11.5 cm, mo. 13 cm, fo.-P. 36 cm, rf, frisch, Mt. 20 J., Ia, rhachit. pltt. Becken, Sp. 26 cm, Cr. 26.5 cm, Tr. 30 cm. C. v. 9 cm, I. P. 10, II. P. 0.25, bedeutender Hängebauch, Stirneinstllg., Vorfall eines Armes, Wendung, incompl. Dammriss, Kd. lebend geb., nach 24 St. † (intramening. Hämorrhag.).

Nr. 29, 1882, J.-Nr. 472, I. Stllg., M., 3150 gr, 51 cm, rf., frisch, Mt. 29 J., IIIa, 2 norm. Geb., I. P. 8, II. P. 0.75, Stirneinstllg. spont., übergeg. i. Vorderhauptslg., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 30, 1884, J.-Nr. 441, I. Stllg., M., 2900 gr, rf., Mt. 21 J., Ia, I. P. 43.5, II. P. 6.5, Rot. norm., Stirnlg. spont. Kd. †, Wehbt. afebr.

Nr. 31, 1884, J.-Nr. 2662, II. Stllg., K., 3400 gr, 49 cm, rf., Mt. 28 J., Ia, I. P. 41, II. P. 1.5, Rot. norm., vorztg. Blasensprg., incompl. Dammriss, Kd. unt. d. Geb. † (Hirndruck), Wehbt. febr., Mt. †,

Nr. 32, 1885, J.-Nr. 1403, M., 3500 gr, 52 cm, rf., frisch, Mt. 23 J., Ia, Gsmtd. 48.5, Stirneinstllg. in d. Beckenhöhle spont. umgewandelt in Vorderhauptslg., Meconiumabgang, Forceps, incompl. Dammriss (Episiotom.), Wehbt. febr. (Pseudo-Erysipel d. Mamma), Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 33, 1885, J.-Nr. 1615, II. Stllg., M., 4600 gr, 60 cm, rf., Mt. 42 J., IXa, 8 norm. Geb., Gsmtd. 26, Stirnlg., Tympania uteri, Craniotomie am todt. Kd. (unt. d. Geb. †), Oedem d. Scheide, schwierige Extract. d. Schultern, Wehbt. afebr., indurirtes Oedem d. Labien, später Fistula vesico-cervicalis.

Nr. 34, 1885, J.-Nr. 1924, I. Stllg., K., 3230 gr, 53 cm, Kopfmaße: bit. 9.5 cm, sbbrg. 10 cm, mo. 13 cm, fo.-P. 33.5 cm, rf., Mt. 25 J., Ia, rhachit. pltt. Becken Sp. 27 cm, Cr. 28 cm, Tr. 31 cm. C. d. 9.5 cm, C. v. 8 cm, Gsmtd. 8.5, Stirneinstllg., Vorfall eines Armes, Wendung, Extraction, incompl. Dammriß, Kd. †, (tiefe Impression d. Scheitelb., bip. Durchm. a. dieser Stelle 7.5 cm), Wehbt. afebr.

Nr. 35, 1886, J.-Nr. 1436, II. Stllg., K., 3650 gr, 53 cm, frisch, Mt. 20 J., Ia, I. P. 19, II. P. 3, Rot. norm., vorztg. Blasensprg., Stirnlg., Forceps weg. Lebensg. d. Kd., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 36, 1886, J.-N. 1712, II. Stllg., M., 2300 gr, 46 cm, unrfr., frisch, Mt. 22 J., IIa, 1 norm. Geb., I. P. 34, II. P. 0.5, Rot. abnorm, Stirnlg. spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 37, 1886, J.-Nr. 1601, II. Stllg., M., 2500 gr, 42 cm, Kopfmaße bit. 7 cm, bip. 9.5 cm, sbbrg. 9 cm, fo.-P. 37.5 cm, unrfr., frisch, Mt. 25 J., Ia, I. P. 42, II. P. 3, Rot. norm., Stirnlg. spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl

Nr. 38, 1886, J.-Nr. 2511, M., 2800 gr, 50 cm, frisch, Mt. 25 J., Ia, I. P. 34, II. P. 4, Rot. norm., Stirnlg., Wehenschwäche, Forceps weg. Lebensgef. d. Kd. b. am Beckenboden stehend. Schädel, incompl. Dammriß, Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 39, 1887, J.-Nr. 2061, Stirn-Einstllg. umgew. in Gesichtslg. (vide Gesichtslg. Nr. 235).

Nr. 40, 1887, J.-Nr. 385, Stirn-Einstllg. umgew. in Gesichtslg. (vide Gesichtslg. Nr. 239).

Nr. 41, 1888, J.-Nr. 955, M., 3130 gr, 50 cm, Kopfmaße bit. 7.5 cm, bip. 9 cm, fo. 12 cm, mo. 12 cm, fo-P. 33.7 cm, frisch, Mt. 25 J., IIa, 1 norm. Geb., einf. plttts. Becken, Sp. 25 cm, Cr. 29 cm, Tr. 32 cm, C. ext. 19 cm, C. d. 10.5 cm, C. v. 9 cm, Gesmmt. 27, Rot. norm., Stirnlg. spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 42, 1888, J.-Nr. 1607, II. Stirnlg., K., 3800 gr, 52 cm, Mt. 34 J., IIIa, 1 norm. Geb., 1 Zwillgb., Gesmmt. 19, Rot. norm., rechter Fuß u. Arm. vorgef., Schädel eingekeilt, Forceps a. todt. Kd. (unter d. Geb. †), incompl. Dammr., Wehbt. afebr.

Nr. 43, 1888, J.-Nr. 1797, Stirnlg., K., 3800 gr, 53 cm, Mt. 43 J., Xa, 8 norm. 1 Geb. (?), Becken norm., Gesmmt. 113, Forceps. vers., Kd. stirbt ab, Craniotomie, Wehbt. afebr.

Nr. 44, 1889, J.-Nr. 1322, I. Stillg., M., 3360 gr, 50 cm, Kopfmaße: bit. 8 cm, bip. 9.5 cm, sbbgr. 10 cm, fo. 13 cm, mo. 12.5 cm, frisch, Mt. 26 J., IIa, 1 norm. Geb., Becken norm., Gesmmt. 21, Rot. norm., spont., Kd. 3. Tg. weg. Milchmgl. d. Mt. transf.

Nr. 45, 1890, J.-Nr. 1238, I. Stirnlg., K., 3300 gr, 50.5 cm, frisch, Mt. 30 J., IIIa, 2 norm. Geb., Becken norm., Gesmmt. 31, Rot. norm., vorz. Blsprg., spont., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 46, 1890, J.-Nr. 677, I. Stirnlg., M., 2300 gr, rf., Mt. 38 J., Va, 1 norm. Geb., 3 Abort., Becken norm., Gesmmt. 37, Wehenschw., Craniotomie a. leb. Kd. weg. Lebensgef. d. Mt., Wehbt. afebr.

Nr. 47, 1890, J.-Nr. 2429, Stirnlg., K., 3300 gr, Mt. 35 J., IXa, 8 norm. Geb., einf. plttts. Becken, C. v. 9 cm, Gesmmt. 40, incompl. Uterusruptur, ob außerhalb d. Anstalt entstanden? Craniotomie am leb. Kd., Wehbt. febr., (Sepsis).

Nr. 48, 1891, J.-Nr. 2359, I. Stirnlg., M., 2770 gr, 48 cm, unrfr. frisch, Mt. 20 J., Ia, Becken norm., Gesmmt. 29.5, Rot. norm., Wehenschw., Meconium-Abgang, dumpfe Herztöne, Forceps, Episiotomie, incompl. Dammr., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 49, 1891, J.-Nr. 2806, I. Stirnlg., M., 2250 gr, 47 cm, unrfr., frisch, Mt. 24 J., Ia, Becken norm., Gesmmt. 12.5, Rot. norm., spont., incompl. Dammr., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 50, 1892, J.-Nr. 2179, II. Stirnlg., K., 3350 gr, 50 cm, frisch, Mt. 32 J., IIIa, 2 norm. Geb., Becken norm., Gesmmt. 3.25, Rot. norm., spont., Wehbt. afebr., Kd. 10. Tg. entl.

Nr. 51, 1892, J.-Nr. 2330, I. Stillg., K., 3200 gr, 50 cm, Mt. 25 J. IVa, 3 norm. Geb., Becken norm., Gesmmt. 11, Rot. norm., Stirneinstllg., im Beckeneing. d. comb. Handgr. (Thorn) umgew. i. Hinterhauptslg., spont., Kd. tief asphyct., bald †, Wehbt. afebr.,

Nr. 52, 1892, J.-Nr. 2570, I. Stillg., K., 3690 gr, 51 cm, frisch, Mt. 22 J., Ia, Becken norm., Gesmmt. 60, Stirneinstllg. bewegl. d. comb. Handgr. (Thorn) umgew. i. Hinterhauptslg., Forceps bei tiefem Querstand weg. Lebensgef. d. Kd., Episiotomie incompl. Dammr. Wehbt. febr. (Endometritis, Ulc. puerp.), Kd. 3. Tg. weg. Fieb. d. Mt. transf.

Fall aus der Klinik des Prof. C. Frh. v. Rokitansky.

a) 1893, I. Stirnlg., 800 gr, 35 cm, unrfr., Mt. 27 J., IIIa, 2 norm. Geb., einf. plttts. Becken Sp. 24 cm, Cr. 26.5 cm, Tr. 29.5 cm, C. ext. 18.5 cm, C. d. 11 cm, C. v. 9.5 cm. Gesmmt. 2, Rot. norm., Uterus enorm ausgedehnt (Hydramnios), sofort nach d. Blsprg. tritt d. Stirne herab, 1 Std. darnach spont. Geb., Kd. maceriert, starke Oedeme a. d. vord. Halsseite, Bauch durch Ascites aufgetrieben, Wehbt. afebr.

Resumée:

Von wichtigeren Thatsachen ergeben sich folgende:

1. Die Häufigkeit der I. Gesichtslage zur II. verhält sich wie 2:2:1, entspricht also beiläufig dem Frequenzverhältnis zwischen I. und II. Schädellage (pag. 3).
2. Die I. Stirnlage kommt nahezu doppelt so häufig vor, als die II. (I. : II. = 1.86 : 1) (pag. 63.)
3. Die physiologische, geringgradige Verlagerung des Fundus uteri nach rechts scheint als ätiologisches Moment keine Rolle zu spielen (pag. 24).
4. Gesichts- und Stirnlagen kommen bei Mehr-Gebärenden häufiger vor als bei Erst-Gebärenden (pag. 5 u. 64).
5. Eine Prädisposition älterer Erst-Gebärender zu Gesichts- und Stirnlagen ist nicht vorhanden (pag. 6 u. 64).
6. Die in Gesichts- und Stirnlagen geborenen Kinder sind durchschnittlich schwerer (pag. 9 u. 65).
7. Die Länge übersteigt nicht das Normalmaß (pag. 9 u. 65).
8. Die Gewichtsvermehrung resultiert nicht aus der größeren Länge, sondern aus der stärkeren Entwicklung der Kinder (pag. 9 u. 69).
9. Die durchschnittliche Geburtsdauer bei Gesichtslagen ist etwas vergrößert, und zwar bei Erst-Gebärenden weniger als bei Mehr-Gebärenden (pag. 14).
10. Bei Stirnlagen sind beide Geburts-Perioden bedeutend verlängert (pag. 71).
11. Außer den bekannten ätiologischen Momenten (pag. 17 u. 78) ist:
 - a) eine mäßige Deflexionshaltung des Kopfes bei manchen kleinen Früchten, wenn diese in reichlicher Flüssigkeit frei schwimmen (pag. 22),
 - b) selbst die kurzdauernde vorübergehende Vorlagerung einer Extremität (pag. 26) hervorzuheben.
12. Stirnlagen sind bei platten Becken viel seltener als Gesichtslagen (pag. 79).
13. Bei Gesichtslagen kamen 16.7 Proc. Dammrisse vor; es ist der Damm bei Gesichtslagen als solchen, abgesehen von eventuellen ungünstigen Complicationen nicht mehr gefährdet, als sonst im allgemeinen (pag. 36).
14. Bei Stirnlage sind Dammrisse viel häufiger, nämlich 37.5 Proc. (pag. 76).
15. Die Operationsfrequenz bei Gesichtslagen (12.58 Proc.) ist gegenüber den Hinterhauptslagen nur mäßig erhöht, Eingriffe

sind häufig durch die Complication mit Beckenenge und nicht durch den Gesichtslagen-Mechanismus als solchen bedingt (pag. 38).

16. Die Zahl der todt oder sterbend geborenen Kinder beträgt bei den Gesichtslagen 12.₅₇ Proc.; dem Geburts-Mechanismus als solchem fallen nur 2.₀₅ Proc. zur Last (pag. 40).

Von den nach operativen Eingriffen geborenen Kindern kamen 50 Proc. todt zur Welt, von den spontan geborenen 6.₁₅ Proc. (pag. 38).

17. Bei abnormer Rotation des Gesichtes ist die Prognose für das Kindesleben traurig, jedoch nicht absolut ungünstig (pag. 41).

18. Bei Stirnlagen ist die Operationsfrequenz bedeutend erhöht (51.₃₅ Proc.) (pag. 90).

19. Die Gesamt-Mortalität der Kinder bei denselben beträgt 35.₁₃ Proc. Von den nach operativen Eingriffen geborenen Kindern kamen todt oder sterbend zur Welt 52.₆₃ Proc., von den spontan geborenen 5.₅ Proc. (pag. 90).

20. Bezüglich des Wochenbettverlaufes ist die Prognose bei Stirnlagen ungünstiger als bei Gesichtslagen (pag. 90).

21. Bei uncomplicierten Gesichtslagen empfiehlt sich im allgemeinen ein durchaus expectatives Verhalten. Bei hochstehendem beweglichen Gesicht käme eventuell der Schatz'sche Handgriff in Frage, wie bei bedeutenderem Missverhältnis zwischen Kindesschädel und Becken die prophylactische Wendung. Die eingreifenderen combinirten Handgriffe (Thorn) können bei uncomplicierten Gesichtslagen nicht empfohlen werden. Auch bei Gesichtslagen mit lange andauernd nach hinten gerichtetem Kinn ist darin allein keine dringende Indication zu activem Vorgehen zu finden, denn in der weitaus größten Zahl der Fälle erfolgt selbst sehr spät noch spontan die Drehung des Kinns nach vorne, jedoch könnte in diesen Fällen immerhin die Umwandlung (Thorn) in Hinterhauptslage versucht werden (pag. 88).

22. Bei Stirnlagen erscheint wegen der viel ungünstigeren Prognose ein actives Verhalten gerechtfertigt. Auch bei uncomplicirter, lange verharrender Stirneinstellung (pag. 88.) wäre die manuelle Umwandlung in Hinterhaupts- oder Gesichtslage (nach Thorn) zu versuchen; misslingen die Versuche, so bleibt die Wahl zwischen expectativem Verhalten oder prophylactischer Wendung; nach den gewonnenen Zahlen scheint ersteres für das Kindesleben bedeutend günstiger zu sein, ist jedoch ein erhebliches, räumliches Missverhältnis vorhanden, so ist, bei erfüllten Bedingungen, die Wendung indiciert.

Ist der Kopf in Stirneinstellung fixiert und der Thorn'sche Handgriff erfolglos versucht worden, so verhält man sich abwartend, bis eine

Indication von Seiten der Mutter oder des Kindes unser Eingreifen erfordert.

Diese Eingriffe werden geleistet durch die Zange, eventuell durch die Craniotomie (die Symphyseotomie ist aus dieser Indication einmal von Schauta¹⁾ ausgeführt worden).

Literatur.

- Ahlfeld, Die Entstehung der Stirn- und Gesichtslagen. Leipzig, 1873.
 Bayer, Ueber den Begriff und die Behandlung der Deflexionslagen; Samml. klin. Vortr. Volkmann. 1886, Nr. 270.
 Boers sieben Bücher über natürl. Geburtshilfe. Wien, 1834, Bd. III.
 Breisky, Zur Lehre von den Gesichtslagen. Monatsschr. f. Geb. u. Frauenkr. Bd. XXXII, 1868.
 Breisky, Sitzungsbericht d. med.-pharm. Bezirksvereines des Berner Mittellandes vom 28. Jänner 1873, refer. Corresp. f. Schweizer Aerzte. 1873, Nr. 14.
 Brennecke, Zur Umwandlung der Gesichtslagen in Hinterhauptslagen, Berl. kl. Wochenschr. 19. Jahrg. Nr. 4, 1882.
 Bonnaire, Gaz. d. Hôp. Paris, 1889; refer. Frommels Jahresb. III.
 Chlopatt, Umwandlung einer Gesichtslg. in Hinterhlg. durch comb. Handgr.
 Credé, Monatsschr. f. Geburtsh. 1853, I Heft.
 Cramen, Ein Fall von Gesichtslg. Brit. Med. Journ. 1884, May; refer. Centralbl. 1885, Nr. 2.
 Duncan M., Edinb. Med. Journ. 1878 und Edinb. obst. tr. 1872 (citirt in Schröders Lehrb. d. Geb., 1892).
 Fasbender, Ueber Gesichtslg. Beitr. z. Geburtsh. und Gyn., I. Bd., 1872,
 Fasbender, Zur Aetiologie der Gesichtslg. Beitr. z. Geburtsh. und Gyn., II. Bd., 1873,
 Fränkel, Beiträge z. Kenntniss der Ursachen d. Gesichtslg., 1873.
 Fritsch, Ein Fall von manueller Umwandlung einer Gesichtslg. in Hinterhauptslg., Berl. klin. Wochenschr. 5, VIII., 1872.
 Fritsch, Klinik d. geb. Operat.. 1888.
 Gray, Cannstatt's Jahrb. 1853, IV.
 Glöckner, Ueber einen abn. Geburtsmech., beobachtet bei 3 wesentl. nur in d. Conj. verengt. Becken. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XVIII, Hft. 2.
 Goldschmidt, Zwei Fälle von primär. Gesichtslg. Ein Beitr. z. Aetiol. d. Gesichtslg. Marburg, 1890.
 Grasnick, Ueber die Gesichtslg. Berlin, 1875.
 v. Hecker, Ueber die Schädelf. bei Gesichtslg. Berlin, 1869.
 v. Hecker, Ueber Gesichtslg. Beob. und Unters. aus d. Gebäranst. zu München, 1881.
 v. Hecker, Klinik d. Geburtsh. Leipzig, 1861.
 Heinricius, Accouchement par le front, nouvelle archive d'obstetr. et de gynec. 1885.
 v. Helly, Ueber Stirnlagen, Zeitschrift d. k. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien, Med. Jahrb., 17. Jahrg., II. Bd.
 Hildebrandt, Zwei Stirnlagen. Monatsschr. f. Geb. u. Frauenkr., Bd. XXV. Berlin, 1865.
 Hoffheinz, Ueber Gesichtslg. Königsberg, 1885.
 Humphrey, Amer. J. of Science, 1877, Jan. refer. Centralbl. f. Gyn., 1877, Nr. 6.
 Kamm, Beitrag z. Lehre von d. Gesichtslg., Breslau, 1879.

¹⁾ Protokoll der geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzung vom 21. März 1893, ref. im Centralblatt f. Gyn., Nr. 18, 1893.

- Kollosser, Ueber Gesichtslg. u. deren manuelle Umw. in Hinterhauptslg., Halle, 1880.
- Küstner, Gesichtslagen. P. Müllers Handb. d. Geburtsh., 1889.
- Long, E. H. Buffalo. Ueber Stirnlagen. Amer. Journ. of obst., 1883 (citirt in Müllers Handb.).
- Leopold, Sitzungsber. der Gyn. Ges. zu Dresden. 4. Dec. 1884; refer. Centralbl. f. Gyn., 1885, Nr. 8.
- Mackay, Amer. J. of Obst. New-York, 1888; refer. Frommels Jahresh. II, 1889.
- Mann, Ein Fall operat. Behandlg. d. Gesichtslg. Orvos. Hetilap, 1880; refer. Centralbl. f. Gyn., 1880, Nr. 25.
- Mayr, Beiträge z. Lehre v. d. Gesichtslg. Arch. f. Gyn., 1877.
- Olshausen, Gesichtslagen. Klin. Beiträge z. Gyn. u. Geb. Stuttgart, 1884.
- Partridge, Umwandlung d. Gesichtslg. Amer. J. of Obst., 1884, June; refer. Centralbl. f. Gyn., 1884, Nr. 46.
- Peiper, Mittheilungen aus der geburtsh. Kl. u. Polikl. zu Greifswald. Arch. f. Gyn. 1884, Bd. XXIII, Heft 1.
- Peters H., Ein Fall von mentopost. Mecham. der Stirnlage, refer. in der Sitzung der geburtsh. gyn. Ges. zu Wien, 1888.
- Pippingsköhl d., Die manuelle Umwandlung von Gesichtslg. zu Hinterhauptslg. durch alleinigen äußeren Handgr. Arch. f. Gyn., 1873, Bd. V.
- Rasch, Ueber einen Fall von Stirnlage mit nach hinten gerichteten Kinn. Inaug.-Diss. Würzburg, 1885; refer. Centralbl. f. Gyn. 1885, Nr. 46.
- Reynold, Bost. Med. and Surg. J. 1887, Aug. refer. Frommels Jahresh. I.
- Salomon, Ueber Gesichtslg. mit zur Seite gericht. Kinn. Inaug.-Diss. Berlin, 1890.
- Schatz, Die Umwandlung von Gesichtslg. zu Hinterhauptslg. d. alleinige auß. Handgr. Arch. für Gyn., Bd. V., 1873.
- Schatz, Die Aetiologie der Gesichtslg. Arch. f. Gyn. 1886, Bd. XXVIII.
- Schulze. Besprechungen. Ueber d. Schädelform bei Gesichtslg. Von Dr. C. Hecker etc. in Arch. f. Gyn. 1870, Bd. I.
- Schulze, Ueber Erhaltung u. Zerreißung d. Damms bei der Geburt. Monatsschr. f. Geb. u. Frauenkr., Bd. XIII, Heft 4.
- Schröder, Lehrbuch d. Geburtsh., bearb. v. Olshausen u. Veit, 1891.
- Siebold, Zur Lehre v. d. Gesichtslg. Monatsschr. f. Geb. u. Frauenkr., 1859, Bd. XIII.
- Sollowieweff, Société des obst. et gyn. de Moscou; refer. Frommels Jahresh. 1890, Bd. III.
- Späth, Erfahrungen über Stirnlg. Oesterr. Zeitschr. f. prakt. Heilk. 1859, Nr. 26 u. 27.
- Thorn, Zur manuellen Umwandl. d. Gesichtslg. in Hinterh., Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1886, Bd. XIII.
- Tonggelen, Ueber Gefährdung d. Damms d. Gesichtslg.-Geburten. Centralbl. f. Gyn., 1887, Jahrg. III.
- Wolland, Ein neuer Handgriff z. Connect. sich falsch z. Geb. stehender Gesichtslg. Centralbl. f. Gyn. 1887, Nr. 46.
- Waltther, Ueber Gesichtslg. mit bes. Berücksichtig. d. Schädelform im Winkels Ber. u. Stud. a. d. K. S. Entb. u. gyn. Instit. Dresden, Bd. III.
- Wellpomeer, Klin. Berichte d. geb. Kl. d. Prof. G. Braun f. d. J. 1874. Wiener med. Pr. 1877, Nr. 32—35.
- Wellpomeer, Beiträge zur Schatz'schen Umwandlung von Gesichtslg. in Hinterhauptslg. durch auß. Handgr., Arch. f. Gyn. 1877, Bd. XII, Heft 2.

v. Winckel, Zur Lehre v. d. Gesichtslg. Klin. Beobachtungen zur Pathol. d. Geb. Rostock, 1869.

v. Winckel, Lehrb. d. Geburtsh. 1893.

v. Weiß, Zur Behandlung der Gesichts- und Stirnlagen, Volkmann. Sammlg. klin. Vorträge, 1893, Nr. 74.

Wullstein, Die Gesichtslage. Inaug.-Diss. Berlin, 1891.

Ziegenspeck, Beitrag zur Behandlg. d. Gesichtslg. Volkmann Sammlg. klin. Vorträge, 1886, Nr. 284.

Zweifel, Lehrb. d. Geburtsh. 1892.

Berichtigungen:

Pag. 80 letzte Zeile: statt „vorkamen“ zu lesen „vorkommen“.

Auf pag. 13 sind die Nummern der einzelnen Kategorien ausgeblieben, es ist daher zu lesen:

1. Lebensfrisch geboren wurden	279	=	83. ₅₃	Proc.
2. todtgeboren wurden	39	=	11. ₆₈	Proc.
3. nach der Geburt starben . .	16	=	4. ₇₉	Proc.
Summe 334, davon gestorben . .	55	=	16. ₄₆	Proc.



1. The first part of the paper is devoted to a general
discussion of the problem. It is shown that the
problem is of great importance in the theory of
the differential equations of the second order.
The second part of the paper is devoted to a
detailed study of the problem. It is shown that
the problem is of great importance in the theory
of the differential equations of the second order.

REFERENCES

1. A. M. Ljapunov, *Problème général de la stabilité du mouvement*, Ann. Chem. Phys. (5) 34 (1892) 375-418.
2. A. M. Ljapunov, *Problème général de la stabilité du mouvement*, Ann. Chem. Phys. (5) 34 (1892) 375-418.
3. A. M. Ljapunov, *Problème général de la stabilité du mouvement*, Ann. Chem. Phys. (5) 34 (1892) 375-418.
4. A. M. Ljapunov, *Problème général de la stabilité du mouvement*, Ann. Chem. Phys. (5) 34 (1892) 375-418.
5. A. M. Ljapunov, *Problème général de la stabilité du mouvement*, Ann. Chem. Phys. (5) 34 (1892) 375-418.

- Mannaberg, Dr. Julius.** (Aus der I. medicinischen Klinik in Wien.) **Die Malaria-Parasiten.** Auf Grund fremder und eigener Beobachtungen dargestellt. Mit 4 lithographierten Tafeln und 6 graphischen Darstellungen im Texte. Preis M. 6.—.
- Moeller, Dr. Josef,** ord. Professor der Pharmakologie und Pharmakognosie an der Universität Graz. **Lehrbuch der Pharmakognosie.** Mit 237 Abbildungen. Preis geheftet M. 11.—, in Halbfranz gebunden M. 12.40.
- — **Lehrbuch der Arzneimittel-Lehre.** Preis geh. M. 10.—, in Halbfrz. geb. M. 11.40.
- Onodi, Dr. A.,** Docent für Rhinologie und Laryngologie an der Universität in Budapest. **Die Nasenhöhle und ihre Nebenhöhlen.** Nach anatomischen Durchschnitten in 12 Tafeln dargestellt. Für Aerzte und Studierende. Preis M. 3.60.
- Pal, Dr. J.,** Secundararzt I. Classe am k. k. allgem. Krankenhause in Wien. **Ueber multiple Neuritis.** Mit 1 Lichtdrucktafel. Preis M. 2.80.
- Paltauf, Dr. Arnold,** Docent und Assistent am forensisch-medicinischen Institute in Wien. **Ueber den Zwergwuchs in anatomischer und gerichtsarztlicher Beziehung.** Nebst Bemerkungen über verwandte Wachstums-Störungen des menschlichen Skeletes. Mit 3 Tafeln. Preis M. 4.80.
- Paschkis, Dr. Heinrich,** Docent an der Universität Wien. **Kosmetik für Aerzte.** 2. vermehrte Aufl. Preis geh. 5.60, in Halbfrz. geb. M. 7.—.
- — **Arznei-Verordnungslehre** für Aerzte und Studierende der Medicin. Preis M. 5.—.
- Réthy, Dr. L.,** gew. Operationszögl. d. I. chirurg. Universitätsklinik u. em. Assist. d. laryngolog. Abth. an der allgem. Poliklinik in Wien. **Die Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Rachens.** Mit Einschluss der Rhinoskopie und der localtherap. Technik für Studierende u. Aerzte. Mit 35 Abbild. Preis M. 8.—.
- — **Motilitäts-Neurosen des weichen Gaumens.** Eine klinische Studie. Preis M. 1.50.
- Scheff, Dr. Gottfried.** **Ueber das Empyem der Highmorshöhle und seinen dentalen Ursprung.** Anatomisch-klinische Studie. Mit 1 lithogr. Tafel. Preis M. 2.—.
- Scheff jun., Dr. Julius,** Doc. a. d. Wiener Universität. **Die Replantation der Zähne.** Eine historische und exper. Studie. Mit 5 lithogr. Tafeln. Preis M. 5.—.
- — **Die Extraction der Zähne** für prakt. Aerzte u. Studierende. Preis M. 3.50.
- Semmola, Professor Dr. M.,** Director des Institutes für exper. Pharmakologie an der königl. Universität in Neapel etc. etc. **Vorlesungen über experimentelle Pharmakologie und klinische Therapeutik.** Aus dem Italienischen übersetzt von Dr. Alfred del Torre. Mit einem Vorworte von Hofrath Prof. Dr. Nothnagel. Preis M. 8.—.
- Stricker, Dr. S.,** o. ö. Professor der allgemeinen und experimentellen Pathologie in Wien. **Allgemeine Pathologie der Infections-Krankheiten.** Preis M. 4.—.
- — **Skizzen aus der Lehranstalt für experimentelle Pathologie in Wien.** Preis M. 3.—.
- Ullmann, Dr. Emerich,** emer. Assistent an Hofrath Albert's chirurgischer Klinik in Wien. **Beiträge zur Lehre der Osteomyelitis acuta.** Preis M. 3.60.
- Zeit- und Streitfragen, Klinische.** Band VII, Heft 1 und 2. **Neudörfer, Dr.,** k. u. k. Generalstabsarzt und Vorstand an der Allgemeinen Poliklinik in Wien. **Rückblick auf ein Vierteljahrhundert Antiseptik.** Preis M. 2.—.
- — Heft 3. **Lorenz, Prof. Dr. Adolf.** **Ueber Transformation der Knochen** mit besonderer Berücksichtigung der Orthopädie, zugleich eine Kritik des Wolff'schen Transformations-Gesetzes. Preis M. 1.—.
- — Heft 4., 5. u. 6. **Mayer, Dr. M.** in Ischl. **Die Tuberkulose und deren heutige Behandlung** in Sanatorien und Asylen, dargestellt in ihrer medicinischen und socialen Bedeutung. I., II., III. Preis à M. 1.—.
- — Heft 7. **Ekstein, Dr.,** Operateur und Frauenarzt in Teplitz, Böhmen. **Zur Reform des Hebammenwesens** in Oesterreich. Preis M. 1.—.
- — Heft 8. **Luther, Dr. E.,** **Ueber Chloroform, seine Wirkung und Folgen.** Preis M. 1.—.
- — Heft 9. **Loewy, Dr. Leopold,** hon. Comitatsphysikus in Fünfkirchen. **Die Typhus-epidemie in Fünfkirchen** verursacht durch Infection der Wasserleitung. Preis M. 1.—.
- — Heft 10. **Lewandowski, Dr. Rudolf,** k. u. k. Regimentsarzt, Chefarzt der I. Abthlg. des k. u. k. Filial-Spitals des Garnisons-Spitals Nr. 2 in Baden. **Ueber die „Sonnen-Aether-Strahl-Apparate“** und deren therap. Verwertung. Preis M. 1.—.
- Zuckerkindl, Prof. Dr. E.,** **Anatomie der Mundhöhle mit besonderer Berücksichtigung der Zähne.** Mit 84 Original-Holzschnitten. Preis M. 6.—.

DRUCK VON RUDOLF M. ROHRER IN BRÜNN.



Steinbüchel, Richard von

Über Gesichts- und Stirnlagen aus der Universitäts-Frauenklinik des Prof.
R. Chrobak

Wien 1894

A.obst. 54 mi

urn:nbn:de:bvb:12-bsb11540653-0